

SUIZIDE BEI PSYCHISCH KRANKEN
NACH DER ENTLASSUNG AUS
STATIONÄRER PSYCHIATRISCHER
BEHANDLUNG

EINE VERGLEICHENDE
KATAMNESTISCHE UNTERSUCHUNG

Christoph Nowak

Diss.
München
1985



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor: Professor Dr. med. H. Hippus

SUIZIDE BEI PSYCHISCH KRANKEN NACH
DER ENTLASSUNG AUS STATIONÄRER
PSYCHIATRISCHER BEHANDLUNG

EINE VERGLEICHENDE KATAMNESTISCHE
UNTERSUCHUNG

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Christoph Nowak
aus
Görisried
1984

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. H. Hippius

Dekan: Prof. Dr. med. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 12. März 1985

Gewidmet

allen,

deren Hilferuf wir nicht hörten

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A Einleitung	1
B Literaturübersicht	3
1. Epidemiologischer Überblick	3
1.1. Allgemeine Daten	3
1.2. Suizid und Familienstand	5
1.3. Suizid und Altersverteilung	6
1.4. Suizid und Geschlechtsunterschiede	8
2. Ursachen und Motive suizidaler Handlungen	9
3. Bedeutung und Problem der Vorankündigung suizidaler Handlungen	15
4. Schizophrenie und Suizid	17
5. Depression und Suizid	24
6. Alkoholismus und Suizid	28
7. Suizid und Suizidversuch bei psychiatrischen Patienten	30
8. Suizidhandlungen psychiatrischer Patienten nach stationärer Entlassung	32
C Methodik und praktische Durchführung	42
1. Auswahl der untersuchten Patienten- population	42
1.1. Feststellung des Todes	43
1.1.1. Angaben des Bestattungsaamtes	43
1.1.2. Angaben der Gesundheitsämter	43
2. Beschreibung der untersuchten Population	44
2.1. Klinische Beschreibung	44
2.2. Statistisch-epidemiologische Beschreibung	44
3. Methodische Probleme	45
3.1. Wohnsitzwechsel während des 5-Jahres- Katamnesezeitraumes	45
3.2. Unklare Angabe der Todesursache	45
3.3. Informationen aus den Krankengeschichten des BKH Haar	46

4.	Auswahlkriterien	46
4.1.	Schwierigkeiten der Katamneseerhebung	46
4.2.	Unklare Todesursachen	47
5.	Datensammlung für die statistische Auswertung	47
5.1.	Datenerhebung und Datennennung für die untersuchten psychiatrischen Patienten	47
5.2.	Statistische Daten über Suizide in der Münchener Bevölkerung	48
D	Ergebnisse	50
1.	Darstellung der untersuchten Patientenpopulation	50
2.	Altersverteilung der durch Suizid verstorbenen Patienten	51
3.	Geschlechtsverteilung der durch Suizid verstorbenen Patienten	52
4.	Familienstand der durch Suizid verstorbenen Patienten	52
5.	Religionszugehörigkeit der durch Suizid verstorbenen Patienten	52
6.	Jahreszeitliche Verteilung des Suizides bei den durch Suizid verstorbenen Patienten	53
7.	Frühere Suizidversuche bei den durch Suizid verstorbenen Patienten	53
8.	Suizidmethode der durch Suizid verstorbenen Patienten	53
9.	Diagnosen der durch Suizid verstorbenen Patienten	54
10.	Therapie der durch Suizid verstorbenen Patienten	56
11.	Häufigkeit der stationären Aufenthalte bei den durch Suizid verstorbenen Patienten	57
12.	Aufenthaltsdauer in der psychiatrischen Universitätsklinik München bei den durch Suizid verstorbenen Patienten	58
13.	Suiziddrohungen während des stationären Aufenthaltes bei den durch Suizid verstorbenen Patienten	58
14.	Vorzeitige stationäre Entlassung auf eigenen Wunsch bei den durch Suizid verstorbenen Patienten	58
15.	Zeitraum nach der stationären Entlassung und dem Suizid bei den durch Suizid verstorbenen Patienten	59

	Seite
E	Diskussion der Ergebnisse 62
1.	Probleme der statistischen Datenerfassung bei suizidalen Handlungen und die Probleme der Vergleichbarkeit der Daten 62
2.	Diskussion der Ergebnisse und Vergleiche mit der Literatur 67
F	Tabellen 76
G	Literaturverzeichnis 95
H	Zusammenfassung 137

A. Einleitung

=====

Durch die Fähigkeit der Selbstreflexion weiß der Mensch um das Ende seiner Existenz und der Möglichkeit, seinem Leben selbst ein Ende zu setzen. Aus den theologisch-philosophischen Betrachtungen über das selbstgewählte Ende des Lebens wurde nicht nur eine eigenständige Disziplin der Wissenschaften, die Suizidologie, sondern eine öffentliche, von den Medien aufgegriffene Diskussion über Tod und Freitod.

Seit Durkheims Veröffentlichung "Le suicide" im Jahr 1897 ist in dem Bemühen suizidales Geschehen wissenschaftlich zu ergründen die Anzahl der Publikationen über suizidale Handlungen beinahe unüberblickbar geworden.

Immer mehr Fachdisziplinen der Geistes- und Naturwissenschaften diskutieren über dieses fundamentale Thema der Sinn- und Seinsfrage menschlicher Existenz.

Trotzdem bleibt die Suizidalität primär ein medizinisch-psychiatrisches Problem, vorallem unter dem Aspekt des Therapeutischen. Sowohl in der Deutschen Gesellschaft für Selbstmordverhütung (DGS), in der Internationalen Gesellschaft für Selbstmordverhütung und Kriseninterventionen (IASP), als auch in der Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung suizidalen Verhaltens, um nur einige Institutionen zu nennen, arbeiten überwiegend psychiatrisch orientierte Ärzte und Psychologen.

Aus der Überzeugung heraus, daß suizidales Handeln überwiegend ein psychiatrisches Problem darstellt, werden in der vorliegenden Arbeit die Begriffe Freitod als auch Selbstmord bewußt vermieden. Für alle tödlich endenden Suizidhandlungen wird der Begriff Suizid verwendet. Der "Suizidversuch" wird im Sinne E. Stengels (1969) definiert, "als jede potentiell gefährliche Handlung der Selbstschädigung, die mit der Absicht der Selbstvernichtung begangen wurde, so vage und zweifelhaft diese sein mag."

Feuerleins (1971) Begriffe der "parasuizidalen Geste" und der "parasuizidalen Pause", als eine besondere Form der Intoxikation, ebenfalls Kreitmans (1969) Begriff "Parasuizid" werden ebenfalls unter dem Begriff Suizidversuch verstanden. Im Rahmen der Literaturübersicht wird über das Nomenklaturproblem ausführlicher berichtet, ebenfalls über die verschiedenen Erklärungsmodelle und Theorien suizidalen Verhaltens.

Die Suizidliteratur befaßte sich erst relativ spät mit den Suiziden psychisch Kranker. Auch über Suizide in psychiatrischen Institutionen wurde sehr wenig publiziert. Das Thema Suizid psychiatrisch Kranker nach psychiatrisch stationärer Entlassung ist vorallem im deutschsprachigen Schrifttum bis vor kurzem völlig vernachlässigt worden.

Die vorliegende Arbeit will einen Beitrag zu dem letztgenannten Thema unter katamnestischen Untersuchungsbedingungen leisten.

Obwohl die Suizidliteratur sehr umfangreich geworden ist, sei an den Ausspruch Goethes erinnert, "der Selbstmord ist ein Ereignis der menschlichen Natur, welches, mag auch noch so viel darüber gesagt und geschrieben sein, in jeder Zeitepoche wieder einmal verhandelt werden muß."

Der therapeutische Auftrag im Rahmen der Suizidprophylaxe und die bekannten hohen Zahlen von Suiziden und Suizidversuchen rechtfertigen jeden, auch noch so kleinen Beitrag, zu diesem psychiatrisch wie existentiellen Thema.

1. Epidemiologischer Überblick

1.1. Allgemeine Daten

Das Ausgangsmaterial für die meisten statistisch epidemiologischen Daten hinsichtlich Suizid und suizidalen Handlungen (Parasuizid) sind amtlich erfaßte und veröffentlichte Angaben über Suizid der verschiedenen zuständigen Institutionen. In der Bundesrepublik Deutschland sind es die Veröffentlichungen aus den Todesbescheinigungen. Die meisten Arbeiten über Suizid, wie auch diese, stützen sich auf diese offiziellen Angaben.

Schon KREITMAN (1980) wies daraufhin, daß die Kriterien für einen Suizid "amtlicher Art" seien, während medizinische Kriterien vernachlässigt werden. Die wichtigsten Kriterien dieser amtlichen Suiziddefinition, die für die meisten Länder gelten, sind:

1. Die Person hat ihren eigenen Tod herbeigeführt,
2. die Person ging von einem eindeutigen Todeswunsch aus.

Auf die Problematik dieser "Definition" soll hier nicht weiter eingegangen werden. Jedoch möchte ich schon in diesem Kapitel darauf hinweisen, daß Autoren wie KREITMAN (1980), DUBLIN (1963), MC CARTHY (1975) und OVENSTONE (1973) betonen, daß 30% bis 100% der Suizide in den amtlichen Statistiken nicht aufgeführt werden. Weiterhin ist nicht bekannt und auch statistisch nicht erfaßbar, bei wieviel Suiziden amtliche Nachforschungen völlig unterbleiben.

Bei allen statistisch epidemiologischen Angaben müssen wir uns vergegenwärtigen, auf welcher Grundlage die Zahlen ermittelt wurden, was eng verbunden ist mit der Aussage und Interpretation unserer Ergebnisse.

Auf die Probleme der Vergleichbarkeit statistischer Erhebungen soll in einem gesonderten Kapitel eingegangen werden.

Im folgenden sollen nun kurze statistisch-epidemiologische Fakten hinsichtlich Suiziden und suizidalen Handlungen genannt werden.

Ein Satz wie "every 30 minutes someone kills himself" oder Veröffentlichungen der WHO, die sagen, daß der Weltdurchschnitt an Suiziden 18 Menschen auf 100.000 Einwohner jährlich beträgt, geben einen Einblick in die Bedeutung dieses Problems. In der BRD sterben jährlich etwa 14.000 Menschen durch Suizid, untere Schätzungen sagen, daß 100.000 bis 200.000 suizidale Handlungen (Parasuizid) jährlich in der BRD begangen werden. (BIENER 1969)

In der BRD ist der Suizid die dritthäufigste Todesursache im Alter von 15- bis 44 Jahren. In der Altersgruppe der 15-jährigen, der 15- bis 24-jährigen und der 25- bis 44-jährigen verzeichnen wir eine ansteigende Tendenz suizidaler Handlungen, so daß bei den 15- bis 30-jährigen der Suizid bereits die zweithäufigste Todesursache ist. Suizidversuche steigen in diesen Altersgruppen ebenfalls erheblich an, (BRON 1981).

Andere Veröffentlichungen geben die Suizidrate von 19 pro Jahr auf 100.000 Einwohner an, so daß demnach 1,7% der Sterbefälle in der Gesamtbevölkerung Suizide sind.

Die Suizidversuche (Parasuizide) steigen in den letzten Jahren rapide an, während die Suizidrate nur gering ansteigt.

In statistischen Untersuchungen werden "Risikogruppen" mit einer besonders hohen Suizidgefahr genannt, beispielsweise: Suchtmittelabhängige, an schizophrenen und depressiven Psychosen Erkrankte, alte, einsame Menschen, depressive Syndrome aller Art, soziale Isolation und fehlende Integration. (BRON 1981)

50% aller Suizide sollen innerhalb drei Monaten nach einem vorhergehenden Suizidversuch vollzogen werden (BIENER 1969). Innerhalb eines Jahres nach einem Suizidversuch starben 3% durch einen Suizid (TORHORST 1984).

Männer überwiegen in der gesamten Welt in jeder Altersstufe innerhalb der Suizide. Mit steigendem Alter steigt auch die Suizidrate an. Insgesamt hat jedoch die Suizidrate auch bei den Frauen erheblich zugenommen.

In der BRD zeigt sich in der jahreszeitlichen Verteilung ein deutlicher Gipfel im September, durchschnittlich werden sowohl im Frühjahr als auch im Herbst die meisten Suizide vollzogen.

Auf die große Bedeutung des Alkohols bei suizidalen Handlungen wird in einem gesonderten Kapitel hingewiesen.

Auf die epidemiologische Bedeutung des Parasuizides soll im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden, folgende Tabelle zeigt einen Vergleich von Parasuizid und Suizid (nach KREITMAN 1980)

	<u>Parasuizid</u>	<u>Suizid</u>
Geschlecht	häufiger bei Frauen	häufiger bei Männern
Altersgruppe	meist unter 45	meist über 45
Familienstand	höchste Raten bei Geschiedenen und Ledigen	höchste Raten bei Geschiedenen, Ledigen Verwitweten
Soziale Schicht	höhere Raten in niedrigen Schichten	höhere Raten in oberen Schichten (aber auch altersabhängig)
Land/Stadt	häufiger in Städten	häufiger in Städten
Beschäftigungsverhältnis	mit Arbeitslosigkeit einhergehend	mit Arbeitslosigkeit und Pensionierung verbunden
Kriegseinflüsse	?	in Kriegszeiten seltener
Jahreszeitliche Schwankungen	keine	Frühjahrgipfel
Zerrüttete Kindheitsverhältnisse	häufig	häufig
Körperliche Krankheit	kein deutlicher Zusammenhang	deutlicher Zusammenhang
Psychiatrische Diagnose	Situationsbedingte Reaktion, Depression, Alkoholismus	Depression, Alkoholismus
Persönlichkeitstyp	Psychopathie häufig	kein bestimmter Persönlichkeitstyp

1.2. Suizid und Familienstand

Die erweiterte Betrachtung nach dem Familienstand zeigt allgemein ein Überwiegen der Geschiedenen bei Suizidhandlungen mit einer hohen Rezidivquote und rascher zeitlicher Wiederholungstendenz, (BOJANOVSKY, J. 1976, 1981). Die höchste Suizidversuchsrate haben unter den Geschiedenen die haltlosen und bindungsarmen Personen und die Süchtigen.

Für geschiedene Männer sind Auseinandersetzungen mit dem neuen Intimpartner hinsichtlich suizidalen Verhaltens viel schwieriger als die Scheidungsprobleme.

Suizidhandlungen sollen bei in Scheidung lebenden Männern und Frauen oft Apellfunktion haben. Auch bei ledigen oder ledigen Partnern führen Partnerkonflikte häufig zu Suizidversuchen, die auch hier Apellcharakter haben sollen.

Auf die Problematik des Begriffs "Apellcharakter" bei suizidalen Handlungen sei hier hingewiesen, soll jedoch nicht näher diskutiert werden.

Folgende Auflistung zeigt nach statistischen Ergebnissen eine abnehmende Tendenz von Suizidhandlungen:

1. geschiedene Männer
2. geschiedene Frauen
3. verwitwete Männer
4. verheiratete Frauen
5. verwitwete Frauen

1.3. Suizid und Altersverteilung

Nach statistischen Erhebungen kann allgemein gesagt werden, daß mit zunehmendem Alter die Suizidversuche abnehmen, die Selbstmorde hingegen gleichsinnig zunehmen, bei Männern mit einem kontinuierlichen, bei Frauen mit flacherem Anstieg. Im höheren Alter überwiegen die Suizidversuche bei einem Altersgipfel von 51 Jahre bis 55 Jahre und um das 70. Lebensjahr (WELLHÖFER 1981).

Im jüngeren Lebensalter haben Suizidversuche einen Altersgipfel um das 30. Lebensjahrzehnt (26 bis 35 Jahre), jedoch zeigt diese Altersgruppe einen deutlichen Geschlechtsunterschied.

Ab dem 40. Lebensjahr überwiegen die Suizide mit tödlichem Ausgang auch im Verhältnis zum prozentualen Altersanteil der Bevölkerung. 25% aller Selbstmorde werden von den über 65-jährigen begangen. Unter den tödlichen Vergiftungen finden wir 20% alte Menschen, (WELLHÖFER 1981).

Somit steht der Alterssuizid in der Gesamtstatistik der Suizide an zweiter Stelle.

57% aller Suizidhandlungen im Jahr 1977 wurden von Menschen mit einem Alter von über 47 Jahren begangen.

In der Altersgruppe der 64- bis 75-jährigen konnte eine Suizidrate von 33,5/100.000, für die Altersgruppe der über 65-jährigen eine Suizidrate von 37,5/100.000 errechnet werden. Männer überwiegen bei Suizidhandlungen im Alter (SCHABACHER 1983).

Der Selbstmordanstieg hat eine multifaktorelle Genese. Eine Gegenüberstellung der Altersverteilung mit Erschöpfungs- und Versorgungszuständen erbrachte Ähnlichkeit in der Verteilung suizidaler Handlungen. Zu den häufigsten Diagnosen alterssuizidaler Menschen gehören die somatogen-psychischen Störungen, jene körperlich begründbaren Psychosen, die im Erscheinungsbild eines Durchgangssyndroms in 55% der Fälle vorkommen, die abnorme Erlebnisreaktion und die Zykllothymie, im letztgenannten Formenkreis, besonders die endogene und agitierte Depression. BÖCKER (1973) sieht als Hauptursache für die somatogenen Psychosen die zerebrale Hypoxie an, die auch Basis einer reaktiven Depression im Alter sein kann. Die Abbau-syndrome entwickeln sich nach BÖCKER (1973) erst viel später. Ebenfalls nimmt im höheren Alter die Entschlossenheit einer suizidalen Handlung hinsichtlich des tödlichen Ausgangs zu. Der Wunsch, wirklich zu sterben, steht hier oft im Vordergrund des Suizids. Bei 67% aller Suizidversuche alter Menschen stand die Tötungsabsicht ganz im Vordergrund des suizidalen Geschehens (WELLHÖFER 1981).

SUMMA (1977) wies weiter darauf hin, daß die Suizide und Suizidversuche bei alten Menschen durch ihre späte Einweisung eine höhere Mortalität besitzen, weil alte Menschen alleinstehend sind und die Suizide nicht mehr in der Nähe anderer Menschen vollzogen werden. Weiterhin sind die durch das Alter bedingten diversen Komplikationen organischer Genesen (z.B. bei der Reanimation) von größerer Bedeutung.

Die Verteilung des Suizidgipfels für junge Leute im Herbst und Winter, für alte Leute im Frühjahr und Sommer, wird in der Literatur nicht einheitlich genannt (DANNEEL 1975).

Es erscheint noch wesentlich, kurz auf die Entwicklung des Jugendsuizides hinzuweisen. Die Suizidrate der 16- bis 25-jährigen soll in den letzten 10 Jahren um 50% angestiegen sein. 13% aller Todesfälle bei jungen Männern zwischen 20 und 25 Jahren sind auf Suizide zurückzuführen. Das ist die zweithäufigste Todesursache in dieser Altersgruppe (BRON, 1976, u.a.).

BRON (1976) sieht in Selbstwertkrisen auf dem Hintergrund des Verlustes von Autorität und Orientierung und einer an Konsum und Leistung orientierten Gesellschaft, im Gefühl der Einsamkeit und Verlassenheit, den Ablösungsschwierigkeiten aus kindlichen Beziehungen die Hauptursachen der steigenden Suizidhandlungen. Suche nach sexueller und sozialer Identität (ERIKSON 1974), depressive Stimmungen mit einem autoaggressivem, resignativem Verhalten, einer quälenden inneren Leere und Orientierungslosigkeit, labile und häufig wechselnde Kontakte sind weitere Charakteristika jugendlicher Suizidaler.

STOBER (1981,1984) fand bei suizidalen Jugendlichen in 61% das Symptom Hoffnungslosigkeit, weiter somatische Beschwerden, Schlafstörungen und Schulschwierigkeiten. In mehr als 50% wird ein Suizid langfristig vorbereitet, 1/3 aller suizidalen Jugendlichen zeigten eine eingeschränkte Impulskontrolle.

1.4. Suizid und Geschlechtsunterschiede

Ein ausschließlicher Geschlechtsvergleich hinsichtlich suizidaler Handlungen kann nur von statistischem Interesse sein, da die Problematik suizidaler Handlungen durch diese Fokussierung auf einen Parameter vereinfacht wird und einen falschen Eindruck hinterlassen kann.

Allgemein kann aus den Veröffentlichungen für eine "Allgemeinbevölkerung" gesagt werden, daß bei Frauen der Suizidversuch überwiegt und die sogenannten "weichen Methoden", bei Männern der Selbstmord überwiegt und die sogenannten "harten Methoden". Bei psychiatrischen Patienten steht hinsichtlich der Suizidmethode die Erkrankung und deren Erscheinungsbild im Vordergrund.

Aus den Selbstmord- und Selbstmordversuchsstatistiken läßt sich ein epochenabhängiger Geschlechtsunterschied erkennen (z.B. Umkehr des Verhältnisses im Kriege). Dies zeigten auch die Arbeiten von BOCHNIK (1969) und DOTZAUER (1963). Das Verhältnis Selbstmord zu Suizidversuch wird unter dem Aspekt der Geschlechtsverteilung in der Literatur sehr unterschiedlich angegeben. Folgende Tabelle stellt die Ergebnisse von BRON (1981) und DOTZAUER (1963) gegenüber:

Selbstmorde

Männer		Frauen	
3	:	2	DOTZAUER (1963)
30	:	1	BRON (1981)

Selbstmordversuche

1	:	10	BRON (1981)
1	:	2	DOTZAUER (1963)

DONALIES (1949) berichtet in seiner Arbeit, daß Männer vornehmlich am Wochenanfang, Frauen eher um das Wochenende Suizid begehen.

Bei Frauen soll Prämenstruum und Menstruation deutlichen Einfluß auf die Suizidversuchshäufigkeit haben, während zur Zeit der Ovulation und im Klimakterium die Selbstmordhandlungen überwiegen. Andere Arbeiten zeigen eine Suizidhäufigkeit in der mittleren und späten Lutealphase.

Geschlechtsunterschiede wirken sich also mehr auf die Dynamik und den Ablauf des Suizidgeschehens aus, als auf die Gesamtzahl der Suizide. So wenden Frauen gefährlichere Methoden vorsichtiger an und neigen mehr zu Spontanhandlungen (abnorme Erlebensreaktion).

Ein hohes Risiko für Suizidhandlungen haben junge Frauen mit Beruf und Haushalt. Zwischenmenschliche Beziehungen und partnerschaftliche Beziehung spielen bei Frauen hinsichtlich suizidaler Handlungen eine dominierende Rolle.

Bei Männern überwiegt die soziale und wirtschaftliche Abhängigkeit. Die Entschlossenheit zum Suizid ist bei Männern größer. Früher überwogen bei den Männern gegenüber den Frauen die "harten Suizidmethoden". Heute ist die Tablettenintoxikation für beide Geschlechter zur häufigsten Suizidmethode geworden.

2. Ursachen und Motive suizidaler Handlungen

Auf eine Unterscheidung von Ursachen und Motiven bei suizidalen Handlungen wies schon GAUPP 1955 hin und meinte, daß die Ursachen zum Teil im Individuum zu suchen sind.

Obwohl man unter den Motiven und Ursachen eine große Individualität vermutet, können Angaben darüber statistisch erfaßt und bearbeitet werden. Bei dieser Betrachtung darf man die Gesamtpersönlichkeit in ihrer Entwicklung und Charakterstruktur sowie die individuelle Konfliktsituation nicht vergessen und muß sich weiter darüber im klaren sein, daß diese Angaben einer konkreten - bewußt mitgeteilten - vielleicht sogar akuten Konfliktsituation entsprechen, weniger jedoch über das unbewußte Geschehen aussagen.

Auch wird bei den statistischen Angaben der pathogenetische Faktor selten berücksichtigt. Es wird von einer "Normalpopulation" gesprochen, so, als gäbe es eine scharfe Trennung zwischen Suiziden bei einer "Normalen-Population" und einer "Kranken-Population". Dieser wesentliche und sehr weitreichende Faktor kommt bei der statistischen Erhebung nur selten zur Sprache, wobei es nicht so sehr um die Frage geht, ist der Suizid ein primär "normales" oder "psychiatrisch-pathogenes" Geschehen, sondern, daß statistische Aussagen zu falschen Folgerungen und Interpretationen verleiten können.

Wenn das Problem Suizid statistisch seziert wird, dürfen wir nie die Komplexität des menschlichen Verhaltens vergessen.

Folgende suizidfördernde Parameter sind aus der Literatur bekannt:

Ehekonflikte und Konflikte mit dem Intimpartner, allgemein problematische zwischenmenschliche Beziehungen; familiäre Auseinandersetzungen stehen mit 10% an zweiter Stelle. Als häufige Ursache werden soziale Isolierungen genannt, bei Frauen bis zu 2/3, bei Männern in 50% der suizidalen Handlungen. ACHTE (1975), BALASZESKUL (1975), BARRACLOUGH et al (1974), BAYREUTHER (1959), BIENER (1969,1980), BOCHNIK (1969), BÖCKER (1972), BÖCKER (1977), BOJANOVSKY, J. (1977,1976,1981), BRON (1981), DOTZAUER (1963), DUBITSCHER (1982), FEUERLEIN (1973), HENSELER (1981), HEYN (1955), KENNEDY/KREITMANN (1973), LINDEN (1969), PARNITZKE (1961), STENGEL (1964), SWINSCOW (1951).

Bei älteren Menschen dominieren Sorgen wegen bestehender körperlicher Krankheit, Vereinsamung und erzwungener Untätigkeit, auch zwischenmenschliche

Beziehungsstörungen, beispielsweise Konflikte mit den Kindern und Partnern. BÖCKER (1975), HAGENBUCHNER (1967), RADEBOLD, SCHLESINGER (1981), RICHERT, CLASSEN (1977), SCHABACHER (1983), SUMMA (1977), WÄCHTER (1984), KOCKOTT (1981).

Jede zwischenmenschliche Disharmonie (z.B. das Verlassen eines Ehepartners, Auseinandersetzungen mit den Kindern und der Umwelt) führen bei älteren Menschen verstärkt zu einer inneren Problematik und kann Hintergrund einer suizidalen Handlung sein.

Diese angeführte Ursachenverteilung ist höchst mangelhaft und undifferenziert, denkt man nur an die Komplexität des Suizidgeschehens innerhalb der endogenen Psychosen, den Alkoholikern oder Süchtigen. Hier sind Aussagen über Motive und Ursachen des Suizidgeschehens wesentlich schwieriger. ALSEN (1969), AVERY et al (1976), BARRACLOUGH (1974), BEISSER (1961), BOENNING (1976), BÖHME (1980), DREYER (1959), ERNST (1979), FINZEN (1983/84), KOESTER (1973), PETRI (1970), RITZEL (1974), RORSMANN (1973), WARNES (1968) u.a.

Natürlich gelten diese Aufzählungen der Ursachen und Motive suizidalen Geschehens auch und gerade für Selbstmordversuche. STENGEL (1969) beispielsweise sieht die unmittelbaren Kausalfaktoren als stark altersabhängig an.

Auch die neuesten statistischen Ergebnisse, z.B. von BÖCKER (1973) erinnern an die Theorie DURKHEIMS(1897) von der kollektiven Neigung der Gesellschaft zum Selbstmord, die das Individuum beeinflusse. DURKHEIM (1897) war der Meinung, je stärker das Individuum in sozialen Gruppen integriert sei, desto geringer sei die Wahrscheinlichkeit eines Selbstmordes. Mängel in der Sozialstruktur können zu einem Ansteigen der Selbstmordhäufigkeit führen. Unter den von DURKHEIM (1897) postulierten Selbstmordtypen (egoistische, altruistische, anomische) scheint für unser heutiges Ansteigen der Selbstmorde und Selbstmordversuche der anomische Typ charakteristisch zu sein.

DURKHEIM (1897) erklärte das Selbstmordgeschehen also im wesentlichen durch die Wechselwirkung Individuum und Gesellschaftsstruktur (kollektive Tendenz). S. FREUD (1946) dagegen stellt das unbewußte Geschehen ganz in den Vordergrund seiner Betrachtungen. Beide,

FREUD und DURKHEIM, sehen jedoch die Handlungen des Einzelnen als Resultat mächtiger Wirkkräfte an, über die das Individuum nur eine begrenzte Kontrolle hat.

Auf die großartigen Theorien, Erklärungsversuche und Interpretationen FREUDS (1946) und den nachfolgenden psychoanalytischen Schulen soll hier hingewiesen werden.

Erwähnt können auch nur die psychoanalytisch orientierten Arbeiten bleiben, die sich mit der Bedeutung der Kindheitsentwicklung in Bezug auf spätere suizidale Handlungen befassen. BECHER (1965), BIENER, BURGER (1975), BRON (1976), ERIKSEN (1974), FROMM (1979), SPIEL (1974), SPITZ (1974), HEUER (1979), KLEIN (1972), LITTEN (1981), LUTZ (1982), MAHLER (1975), MEIERHOFER (1975).

Schon MENNINGER (1974) formulierte den Satz:

"Selbstmörder ist man lange bevor man sich umbringt" und weist damit auf die Bedeutung der frühen Kindheit und der Familienkonstellation hin.

Frühe Wurzeln späterer suizidaler Verhaltensweisen können z.B. mangelndes Urvertrauen, NISSEN (1971), MAHLER (1975), SPITZ (1974), betont autoritäres Erziehungsverhalten während der analen Phase oder auch "super liberales Erziehungsverhalten", NISSEN (1971), sein, ebenso frühere Trennungserlebnisse, Verluste von den Elternteilen in bestimmten sensiblen Entwicklungsphasen der Bindung oder Auseinandersetzung, zerrüttete Familienverhältnisse (broken home) mit emotionaler Vernachlässigung.

Neben diesen theoretischen Ausführungen gibt es Menschen, deren früheste Lebenserfahrungen so erschreckend und entmutigend waren, die sich so frühzeitig von der Härte der Realität und dem Mangel an Liebe überzeugen mußten, daß sie ständig darauf gefaßt sind, alle Versuche, Liebe oder Glück in dieser Welt zu gewinnen, als nutzlos und unerwünscht aufzugeben zu müssen (MENNINGER 1974).

Ebenfalls wissen wir, daß Alkoholiker, Süchtige und Homosexuelle eine besondere Risikogruppe hinsichtlich suizidaler Handlungen darstellen, FEUERLEIN (1975,1973,1981), FEUERLEIN, KREITMANN (1973), REIMER (1964).

Auch bei Angehörigen von Suizidanten, Menschen nach Verkehrsunfällen, Alleinstehende und sozial isolierte in jeder Altersgruppe, vor allem aber auch alte Menschen, finden wir statistisch mehr suizidale Handlungen.

Menschen mit einfachen Berufen verüben ihren Suizid häufiger auf dem Boden einer abnormen Erlebnisreaktion, demgegenüber haben Männer und Frauen mit differenzierter Ausbildung und qualifizierter Berufstätigkeit ein höheres Suizidrisiko, sind bei ihren suizidalen Handlungen älter und konsequenter in der Durchführung (BIENER 1980).

ERIKSON (1974) und DREITZEL (1972) wiesen auf den Zusammenhang zwischen Identitätsstörung und Suizidgefährdung hin. Die Arbeiten von SPITZ (1974), WINNICOTT (1978), MAHLER (1975), NISSEN (1971), u.a. Autoren weisen in unterschiedlichster Weise auf die Bedeutung der Frühkindheit hin. Im neueren Schrifttum haben sich HENSELER (1974), BRON (1976), LINDEN (1969) mit dem Thema auseinandergesetzt. So schreibt HENSELER (1974): "Dem Selbstmordgefährdeten erscheint der Tod nicht als das Ende seines Lebens, sondern als das Ende der Selbstwertzweifel und seiner Kränkungen und als Anfang eines harmonischen, glücklichen Daseins".

FISCHER (1973) hat in einer umfassenden Literaturarbeit (von 1900 bis 1967) als Hauptfaktoren für den Selbstmord der 10- bis 15-jährigen Störungen des Familienzusammenhangs und abnorme Persönlichkeitsstrukturen gefunden.

Auch die theoretischen Ausführungen RINGELS (1961, 1973) zum präsuizidalen Syndrom und der "Neurose der Lebensgestaltung", die der Autor als Grundlage der Suizidhandlung sieht, können hier nur erwähnt bleiben.

Auf die große Bedeutung der Literatur, bildenden Kunst und Musik innerhalb der Thematik Motiv und Ursachen des Suizides sei hingewiesen.

Folgendes Gedicht soll als Beispiel für RINGELS präsuizidales Syndrom stehen:

Immer enger wird mein Denken,
immer blinder wird mein Blick,
mehr und mehr erfüllt sich täglich
mein entsetzliches Geschick.

Kraftlos schlepp' ich mich durch's Leben
aller Lebenslust beraubt,
habe keinen, der die Größe
meines Elends kennt und glaubt.

Doch mein Tod wird euch beweisen,
daß ich jahrelang
an den Grabes Rand gewandelt,
bis es jählings mich verschlang.
(zitiert nach DUBITSCHER, 1982).

3. Bedeutung und Problem der Vorankündigung suizidaler Handlungen

Es wird in der Literatur immer wieder auf die große Bedeutung der Vorankündigung suizidaler Handlungen hingewiesen, vor allem bei Suizidhandlungen, die nicht aus dem Erleben der Psychose heraus vollzogen werden. Aber auch Suizide bei psychiatrischen Erkrankungen, z.B. bei endogenen Psychosen, zeigen häufig "Vorankündigungen". Diese Vorankündigungen, in welchem Stadium des präsuizidalen Syndroms sei dahingestellt, werden ständig überhört, da sie in Andeutungen, verändertem Verhalten, beim Hausarzt psychosomatisiert geäußert werden, oder sich nur darin "äußern", daß die Patienten einen Arzt aufsuchen.

Aus statistischen Untersuchungen wissen wir, daß mindestens 50% aller Menschen, die Suizidversuche oder Suizide vollzogen haben, vor ihrer Handlung einen Arzt aufgesucht haben. 40% bis 50% suchten einen Arzt innerhalb des letzten Monats, 20% bis 25% sogar innerhalb der letzten Woche vor ihrem Suizid auf. Jedoch wird nur eine Minderheit aus dieser hilfesuchenden Gruppe bei diesem letzten Arztbesuch als suizidal erkannt.

55% bis 78% aller suizidalen Menschen haben ihre Suizidhandlung vorangekündigt, 6% faßten ihren endgültigen Entschluß innerhalb 24 Stunden vor ihrer Suizidhandlung, 88% in weniger als 6 Stunden. Diese genannten Ergebnisse teilen uns LINDEN (1972), ACHTE (1975), HENSELER (1974) und RINGEL (1969) mit.

56,7% vollziehen ihre Suizidhandlung in zeitlicher oder örtlicher Nähe zu anderen Personen (dies trifft nicht für alte Menschen zu), nur 9% aller Suizidalen verläßt ihr häusliches Milieu zur Suizidhandlung.

Weiterhin finden wir in der Literatur Angaben von 92,5%, die ihren Suizidversuch so anlegen, daß sie gefunden werden, 75% beurteilen nach einem Suizidversuch ihre Rettung als sicher. Dies bestätigt u.a. auch die Theorie, daß suizidale Menschen oft nicht wirklich sterben wollen.

In 7,5% beruhte die Rettung nach einem Suizid auf einem Zufall. Dabei ist die Suizidhandlung bei diesen Menschen häufig überstürzt und inkonsequent in ihrer Vorbereitung gewesen.

Aus diesen angeführten Daten wird sehr deutlich, wie wichtig und notwendig es ist, präsuizidales Verhalten zu erkennen. Hier haben wir eine Chance und eine verantwortliche Aufgabe in der Suizidprophylaxe.

"Ich will nicht sterben" schreit der Abiturient Hubert in WILDGANS Drama "dies irae", als er sich die tödliche Kugel durch den Kopf schießt. Dies ist die Situation vieler, von denen hier statistische Daten aufgezählt wurden.

Denn die Diskussion über den Freitod ist eine philosophisch-geisteswissenschaftliche, für den Psychiater, den helfenden Arzt, ist der suizidale Mensch keineswegs "frei". Darauf wies schon DURKHEIM (1897), GAUPP (1955), RINGEL (mehrfach) und PÖLDINGER (1983) hin. An anderer Stelle soll über die Problematik Freitod diskutiert werden.

Hier sei mit einem Zitat aus einem Brief von Heinrich von Kleist elf Tage vor seinem gemeinsamen Suizid mit seiner Lebensgefährtin Henriette Vogel dargestellt, daß bei suizidalen Handlungen, abgesehen von den ganz seltenen wirklichen Bilanzsuiziden, keine freie Willensbestimmbarkeit besteht:

"Deine Briefe haben mir das Herz zerspalten, meine teuerste Marie, und wenn es in meiner Macht gewesen wäre, so versichere ich Dir, würde ich den Entschluß zu sterben, den ich gefaßt habe, wieder aufgegeben haben. Aber ich schwöre Dir, es ist mir ganz unmöglich, länger zu leben; meine Seele ist so wund, daß mir, ich möchte faßt sagen, wenn ich die Nase aus dem Fenster strecke, das Tageslicht wehe tut, das mir daraufschimmert".

Die Einengung ist ein entscheidendes Element des präsuizidalen Syndroms. Viele suizidale Menschen wollen nicht den Tod, sondern ein besseres Leben. Das beweisen auch zahlreiche Befragungen nach einem Suizidversuch. Paul VALERY schreibt: "Für den Selbstmörder bedeutet jeder andere nur Abwesenheit". In Anbetracht der Hilferufe suizidaler Patienten müssen wir uns ernsthaft fragen, ob wir diese Abwesenheit nicht ändern können.

4. Schizophrenie und Suizid

Auf das erhöhte Suizidrisiko innerhalb der endogenen Psychosen wurde in der Literatur immer wieder hingewiesen, jedoch wurde unter diesem diagnostischen Begriff zum größten Teil die endogene Depression subsumiert. Obwohl POKORNY (1964) in seiner Arbeit den prozentualen Anteil von Suiziden bei Depressiven und Schizophrenen als gleich groß angibt, wird in vielen anderen Publikationen den endogenen Depressionen eine vergleichsweise höhere Suizidrate beigemessen.

Auf die Suizidproblematik bei schizophrenen Erkrankungen wurde in früheren Arbeiten seltener eingegangen. Erst in den letzten Jahren wird auf die Suizidproblematik innerhalb der verschiedenen Formen der Schizophrenie, vor allem in der Angelsächsischen Literatur, immer deutlicher hingewiesen. Die Ergebnisse und Akzentuierungen der verschiedenen Publikationen sind jedoch sehr unterschiedlich. Eine vergleichende Betrachtung wird deshalb schwierig bzw. oft unmöglich, weil die veröffentlichten Ergebnisse ungenaue oder nicht eindeutige Angaben (beispielsweise unpräzise Bezugsgrößen und Vergleichsparameter, ungenaue oder keine Hinweise auf Untersuchungszeiträume) enthalten.

Ebenfalls vermissen wir bei zahlreichen Arbeiten die wichtige Angabe, zu welchem Zeitpunkt innerhalb der Erkrankung die suizidale Handlung vollzogen wurde.

Wenn wir eine Selbstmordhäufigkeit in der Durchschnittsbevölkerung von 0,02% und eine Selbstmordversuchshäufigkeit von 0,4% (BERNER & SONNECK, 1975,ua.) annehmen, so ist das Risiko für suizidale

Handlungen bei schizophrenen Erkrankungen nach den Ergebnissen aus der Literatur etwa 20 bis 30 mal höher. KIROV, KAMENOW (1974), YARDEN (1974), WARNES (1968), OSMOND, HOFFER (1978), ACHE (1961), MARINOW (1972), WEITBRECHT (1974).

RINGEL (1960) und LUNGERSHAUSEN (1969) geben in ihren Arbeiten den Anteil der endogen-psychotischen Patienten an Suiziden mit 34% bzw. 40% an.

Wenn bei Schizophrenen die Mortalität doppelt so hoch im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung ist, so ist dem Suizidgeschehen ein wesentlicher Stellenwert in dieser erhöhten Mortalität beizumessen, RINGEL (1960), KAY und LINDELIUS (1973), u.a.

Wenn die Suizidgefährdung bei Schizophrenen durchschnittlich bei 41% liegt, so fällt beispielsweise auf den Beginn der schizophrenen Erkrankung ein hohes Suizidrisiko. BLEULER (1975), SCHÜTTLER (1976), LINDELIUS & KAY (1973), ACHE (1966), RINGEL (1960) und SCHLIDTKE (1944) sehen auch in den akuten Stadien der schizophrenen Psychose sowie in den Remissionsstadien ein erhöhtes Risiko.

BIENER (1969) sieht die Mehrzahl der Suizide in den ersten Wochen und Monaten der Hospitalisierung, SIKORSKY, PROSOROV, BRUHANSIJ und GERMAN zit. nach ANMRUMOVA (1962) sehen die Suizide vor allem in der Anfangsphase der Erkrankung oder während der Phase der Besserung.

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Ergebnisse verschiedener Autoren hinsichtlich der prozentualen Verteilung der Suizide innerhalb der Gesamtzahl der schizophrenen Erkrankungen.

Autor	Publ.Jahr	%-Verteilung der Suizide innerhalb der Gesamtzahl der schizophrenen Erkrankungen
Alström	1942	
Hussar	1962	0,5% - 1,5%
Noreik	1975	
Retterstol	1973	
Rennie	1968	
Achte	1961	2%
Rohde & Sargant	1961	
Osmond & Hofferer	1978	
Lemperiere & Des Laues	1962	3%
Johanson	1958	
Henisz	1966	4,0% - 4,5%
Pöldinger	1968	
Bleuler	1975	
Hermansen	1968	8,0% - 9,0%
Marinow	1972	
Bleuler	1975	4,5%
Böcker	1973	4,5%
Schüttler	1976	4,0%

Diese unterschiedlichen Ergebnisse haben sicherlich multifaktorielle Ursachen. Vor allem wäre an die unterschiedlichen Untersuchungszeiträume und Bedingungen, die Ausgangspopulation und die unterschiedlichen Kriterien der Diagnosenstellung zu denken.

BEISSER (1961), BLANCHETTE (1961), COHEN (1964), RAVN (1965), MARINOW (1972), LINDELIUS und KAY (1973) beschreiben einen Anstieg der Suizidalität bei Schizophrenen. Auffallend ist, daß die Arbeiten von SCHÜTTLER (1976), BÖCKER (1973), BLEULER (1975) und HENISZ (1966) sehr ähnliche Ergebnisse zeigen.

Nachfolgende Tabelle zeigt einen Vergleich über die prozentuale Verteilung der Suizidversuche innerhalb der Gesamtheit der schizophrenen Patienten nach unterschiedlichen Katamnesenzeiträumen bei verschiedenen Autoren:

<u>Autor</u>	<u>Publ.Jahr</u>	<u>%-Verteilung der Suizidversuche</u>
Schüttler	1976	19% 22 Jahre Untersuchungszeitraum
Jantz	1951	13,8%
Eggers	1974	15 %
Erichsen	1973	9,5%

) Untersuchungszeitraum
kleiner als 20 Jahre

Es zeigt sich ein eindeutiger Anstieg der Suizidversuche innerhalb der schizophrenen Erkrankung. Ebenfalls stellen Suizidversuche in der Anamnese einen weiteren Risikofaktor hinsichtlich suizidaler Handlungen dar.

LEVY und SOUTHCORBE (1953), RAVN (1965), ACHTE (1966), ALSEN (1969), PETRI (1970), RITZEL (1974), GRANDEL (1978), ERNST (1979).

Auf die Erhöhung der Suizidversuche seit Einführungen der Psychopharmaka weisen BEISSER (1961), COHEN et Al (1964), HOLISTER (1974) und HUSSAR (1962) hin.

Wie schon erwähnt, sehen mehrere Autoren eine Suizidhäufung auch während des Krankenhausaufenthaltes. LEVY und SOUTHCORBE (1953), BANEN (1954), BEISSER und BLANCHETTE (1961), RAVN (1965), CHAPMAN (1965), ACHTE (1966), LANGE (1966), SCHOLLMAYER und MICHAELIS (1966), PETRI (1970), ALSEN (1969), FABEROW (1971),

RITZEL (1974), ERNST und KERN (1974), ERNST (1979), MAIER (1981), MITTERAUER (1981), WOLFERSDORF (1980, 1984).

So sollen 50% aller Krankenhaussuizide von Schizophrenen unternommen werden, vor allem in geschlossenen Abteilungen, in kleinen Zimmern oder in der Toilette (KIROV, KAMENOW 1964).

Neuere Arbeiten konnten zeigen, daß Suizide auch während den Ausgangszeiten oder in der Zeit der Beurlaubung von der stationären Behandlung geschehen (MAIER 1981, MITTERAUER 1981, WOLFERSDORF 1984, AG zur Erforschung suizidalen Verhaltens 1984).

Den Zeitraum zwischen der ersten stationären Einweisung und dem Suizid gibt YARDEN (1974) bei 45% seiner Patienten mit über 10 Jahren an, 25% der Patienten suizidierten sich zwischen 2 und 5 Jahren bzw. zwischen 5 und 10 Jahren.

Über die Suizide nach Krankenhausentlassung sagt YARDEN (1974), daß die Dauer der letzten Aufnahme vor dem Suizid in 30% seiner Fälle weniger als eine Woche, in 35% weniger als einen Monat betrug und daß zwischen Entlassung und Suizid bei 40% weniger als eine Woche, bei weiteren 10% weniger als ein Monat und bei 10% zwischen einem und drei Monaten vergingen. Auf das hohe Suizidrisiko nach Entlassung weist auch RORSMAN (1973), POKORNY (1964), FLOOD und SEAGER (1968), YARDEN (1974) und LINELIUS & KAY (1973) u.a. hin.

Die Arbeit von JANTZ (1951) untersuchte die verschiedenen schizophrenen Untergruppen hinsichtlich suizidalem Verhalten. Während bei beiden Geschlechtern der paranoide Verlauf mit rund 70% an erster Stelle der Häufigkeitsverteilung hinsichtlich suizidaler Handlungen steht, zeigen hebephrener und katatoner Verlauf einen unterschiedlichen Verteilungsschlüssel innerhalb der Geschlechter derart, daß bei den Frauen während der katatonen Verläufe die Suizidalität stärker hervortritt als bei Männern. Umgekehrt zeigen bei der hebephrenen Erkrankung Männer häufiger Selbstmordneigung als Frauen. Hinsichtlich der Begründung der Selbstmordhandlungen fand JANTZ (1951), daß bei Männern die Wahnidee, sei es als primärer Wahn oder als sekundäre Wahnidee, im Vordergrund stand, gefolgt von den akustischen Halluzinationen, den Impulshandlungen im Beziehungsverlust und den Erlösungsgedanken. Bei Frauen überwiegen die akustischen Halluzinationen.

SCHÜTTLER (1976) teilt mit, daß zum Zeitpunkt des Suizides nur 23,3% psychopathologisch voll remittiert oder auf ein uncharakteristisches Residualsyndrom abgeheilt waren. 34,3% der Patienten wiesen ein charakteristisches Residualsyndrom auf, in 66,7% war der Zustand als instabil zu bezeichnen. Auf die Bedeutung der sozialen und beruflichen Isolierung weisen ebenfalls die Befunde von SCHÜTTLER (1976) hin. Nur 40% seiner Patienten waren zur Zeit des Suizides voll erwerbstätig.

Vor dem Suizid oder zum Suizidzeitpunkt waren bei 80% der schizophren Erkrankten GEwichtsverlust und ein anorektisches Syndrom auffällig, 65% waren hoffnungslos oder verzweifelt, die meisten Patienten zeigten eine besondere motorische Unruhe.

Die Neigung zur suizidalen Handlung ist nach JANTZ (1951) für Männer und Frauen gleich. SCHÜTTLER (1976) und BÖCKER (1973) dagegen berichten von einem Überwiegen der Männer bei suizidalen Handlungen.

Eine jahreszeitliche Schwankung für suizidale Handlungen fehlt.

Für Männer und Frauen überwiegen gleichermaßen die "harten Methoden". Selbstverstümmelung, Erhängen und der Sturz gehören zu den häufigsten Tötungsarten (YARDEN 1974, ERICHSEN 1973, u.a.).

Auf die Bedeutung des Absturzes als eine häufige Suizidart bei schizophrenen Psychosen wies YARDEN (1974) und ERICHSEN (1973) hin. So wählten den Absturz als Suizidmethode 22% bei Suizidversuchen und 25,8% bei Suiziden (ERICHSEN 1973), bzw. 30% bei YARDEN (1974). Im Gegensatz zu SCHMIDT (1938) und DOTZAUER (1963) fand ERICHSEN (1973) in seiner umfassenden Arbeit zu diesem Thema, daß diese Suizidart ausschließlich von Männern bevorzugt wird.

Zu erwähnen sind noch die ungeklärten Kurzschlußhandlungen, die häufig bei Defektzuständen auftreten und die motivlosen Selbstmorde bei prozeßhaften Verläufen (AG zur Erforschung suizidalen Verhaltens 1984).

Die Ergebnisse von SCHÜTTLER (1976) zeigen eine deutliche Koizidenz von Suizidversuchen und aktuellem Krankheitsprozeß. Außerhalb eines produktiv-psychotischen Syndroms ist eine suizidale Handlung bei Schizophrenen eher selten. Auf die Bedeutung der Wahnhalte als Begründung für die suizidale Handlung wies schon JANTZ (1951) hin.

BÖCKER (1973) und JANTZ (1951) sehen in der engen Verknüpfung von psychotischem Erlebnis und psychotischer Überzeugung mit der suizidalen Handlung einen unmittelbaren Zusammenhang mit der Eigengesetzlichkeit der Psychose, ebenfalls in der weitgehenden Unabhängigkeit von Milieu und Umwelteinflüssen. Psychose und Krankheitsverlauf sind für die Suizidhandlungen entscheidend dergestalt, daß die Psychose lebensgeschichtlichen Ereignissen erst jenes Gewicht verleiht bzw. den Schwellenwert für die Toleranz seelischer Belastungen so herabsetzt, daß sich nur noch der Ausweg eines Suizides anbietet.

Die Ansicht von BOCHNIK (1969), daß bei erwachsenen Schizophrenen strukturelle Zusammenhänge zwischen Suizidversuch und primär-charakterlichen Wesenseigentümlichkeiten bestehen, konnte die Arbeit von SCHÜTTLER (1974) hinsichtlich gelungenen Suiziden bestätigen. SCHÜTTLER fand vor allem psychopathische Primärpersönlichkeiten.

KIROV und KAMENOW (1974) sehen den Suizid von Schizophrenen nicht nur als direkte Folge psychotischer Symptomatik, sondern auch als eine Reaktion auf eine besondere schwere Lebenssituation außerhalb des psychotischen Geschehens oder als Reaktion auf die residualen psychotischen Symptome. Auch an die Schwierigkeiten schizophrener Patienten mit ihrer Kontaktunfähigkeit muß gedacht werden.

In der Literatur wurde auch vom sogenannten "pathologischen Einfall" als suizidauslösendes Symptom gesprochen.

Zu selten wird leider an das Gefühl der Vereinsamung, die Lebensangst, die Angst vor dem Rezidiv und das Veränderungsgefühl als letzter Suizidimpuls gedacht.

WEITBRECHT (1974) sprach vom "affektmatten beiseite tun" schizophrener Suizidhandlungen, insbesondere, wenn der Suizid aus einem aufschießenden Angst- oder Verzweiflungsimpuls oder einer akuten wahnhaften Situationsverkennung intendiert wurde. Bleibt das Leiden unter der verzweifelten Vereinsamung und die Angst der Ungeborgenheit und Bedrohtheit, bleibt auch die fatale Einsicht in die eigene weiterschreitende Wesensänderung, so müssen wir verstärkt mit einer Wiederholung der suizidalen Handlung rechnen.

5. Depression und Suizid

Unter den psychiatrischen Diagnosen werden die verschiedenen Formen des depressiven Syndroms am häufigsten mit Suizidhandlungen in Verbindung gebracht. POHLMEIER (1980), ANGST (1977,1976), KIELHOLZ (1971), PÖLDINGER (1968), GREGER (1963), DIEKSTRA (1984), AYD (1961), LANGE LÜDDEKE (1941), STENGEL (1955), WEITBRECHT (1974), PERRIS (1966), u.v.a.

Nach den heutigen Ergebnissen ist die Aussage "keine Depression ohne mögliche Tendenz zur Suizidhandlung", POHLMEIER (1980), wesentlich zutreffender als die Meinung "keine Suizidhandlung ohne Depression".

Die Angaben über die Verteilung der Suizidhandlungen in Verbindung mit einem depressiven Syndrom divergieren in der Literatur zwischen 3% und 66%. Schon GRUHLE (1940) meinte, daß den Suiziden in 10% bis 20% echte endogene Psychosen zugrunde liegen. Untersuchungen von HARTELIUS (1955) und FTTLINGER (1955) bestätigen diese Annahme GRUHLES. Diese Autoren fanden 20% bzw. 16% echte Psychosen unter den Suizidhandlungen.

MÜLLER (1978) und GRANDEL (1978) fanden einen Anteil von 26% affektiver Psychosen an Suiziden in ihrem Untersuchungsmaterial.

Der endogenen Depression wird allgemein ein sehr hohes Suizidrisiko in der gesamten Literatur konstatiert. LANGE LÜDDEKE (1941) fand in seiner Untersuchung eine Selbstmordziffer bei zykllothymen Männern zwischen 21% und 23%, bei zykllothymen Frauen zwischen 8% und 10%.

Neuere Untersuchungen gingen der Frage nach, welchen Anteil die Depression innerhalb der Suizidhandlungen hat:

PÖLDINGER (1968) gibt den Anteil Depressiver an Suizidhandlungen mit 50,2%, SONNEK (1976) mit 30% und WEISS (1974) mit 90% an. Die ungewöhnlich hohe Angabe von WEISS hängt vermutlich mit dem weiten Syndrombegriff zusammen, da eine genaue Differenzierung hinsichtlich des depressiven Syndroms in dieser Arbeit nicht gegeben wird.

WOLFERSDORF (1979) berichtet, daß bei 50% bis 60% aller Suizide Depressionen vorlagen.

Auf die enge Verknüpfung des depressiven Syndroms und der Sucht bei suizidalen Handlungen weisen PÖLDINGER (1968), SONNEK (1976) und POHLMEIER (1980) hin.

So zählt beispielsweise PÖLDINGER (1968) zu 50,2% der Depressiven noch 16,8% Süchtige zum Anteil der depressiven Suizide hinzu.

SONNEK (1976) gibt 30% Süchtiger an suizidalen Handlungen an. Als repräsentativen Durchschnittswert für den Anteil Depressiver an Suizidhandlungen kann in Übereinstimmung mit der Literatur 60% angegeben werden, POHLMEIER (1980).

Geht man der Frage nach, wie sich die einzelnen Formen der depressiven Syndrome innerhalb der angegebenen 60% verteilen, finden wir in der Literatur unterschiedliche Angaben.

Einigkeit besteht darüber, daß die endogenen (monopolaren) Depressionen einen sehr hohen Anteil an Suizidhandlungen einnehmen. PÖLDINGER (1968) fand einen Anteil von 5,8%, ANGST (1966) von 3,6%, PERRIS (1966) von 30% und RINGEL (1976) von 10,3%.

Bei den endogenen Depressiven überwiegt der tödliche Suizid, weil die Suizide oder Suizidversuche ernsthaft und mit gefährlicheren "harten" Methoden konzipiert werden. Die Wiederholungsgefahr ist ebenfalls sehr hoch. BÖCKER (1973) hat eine Wiederholung der Suizidhandlungen bei 21% gefunden, dabei werden 50% der Suizidversuche innerhalb von sechs Monaten nach der vorausgegangenen Suizidhandlung wiederholt.

PÖLDINGER (1968) wies in seiner Arbeit daraufhin, daß Patienten mit endogener Depression eine geringere Lebenserwartung haben, als die Normalbevölkerung gleichen Alters, wobei der Suizid jedoch nicht der Grund für die verkürzte Lebenserwartung sei. Bislang fehlen Erklärungen und Gründe für diese Feststellung.

Bei den reaktiven Depressionen werden überwiegend Suizidversuche von den Kranken verübt. So fand LINDEN (1969) 56,4% Suizidversuche innerhalb dieser Krankheitsgruppe, RINGEL (1976) 30%. BRÄUTIGAM (1969) fand im Vergleich zu der hohen Suizidversuchsrate nur 5% gelungene Suizide bei reaktiv Depressiven.

In den statistischen Jahrbüchern sehen wir bei den Suizidversuchen im Hinblick auf die Altersverteilung einen Gipfel zwischen 15 und 20 Jahren und zwischen 20 und 25 Jahren. Eine ähnliche Altersverteilung gibt KIELHOLZ (1959) für den Erkrankungsbeginn bei den reaktiven Depressionen an, bei den Frauen um das 25./30. Lebensjahr, bei Männern um das 20. Lebensjahr. Die Ergebnisse von GREGER (1963) zeigen für die Suizidversuche einen Altersgipfel bei 25 bis 35 Jahren, bei den Frauen und bei den Männern um das 25. Lebensjahr. Parallelen zwischen Krankheitsbeginn und suizidaler Handlung werden diskutiert.

Bei den neurotischen Depressionen ist die Prozentverteilung der Suizidversuche zu den Suiziden etwa gleich.

Die Arbeiten von GREGER (1963) und BÖCKER (1973) zeigen eine positive Korrelation zwischen Krankheitsbeginn der endogenen Depression und den suizidalen Handlungen. Ein Vergleich hinsichtlich des Erkrankungsbeginns der endogenen Depression zeigt eine deutliche Tendenz zum mittleren Lebensalter.

Nachfolgende Tabelle zeigt die Altersverteilung hinsichtlich des Beginns der endogenen Depression bei Männern und Frauen nach Angabe der verschiedenen Autoren:

<u>Autor</u>	<u>Frauen</u>	<u>Männer</u>
MATUSSEK (1979)	30./50.Lebensjahr	30. Lebensjahr
ANGST (1977)	20./40.Lebensjahr	30. Lebensjahr
KIELHOLZ (1959)	26./41.Lebensjahr	26./41.Lebensjahr

Aus diesen Ergebnissen können wir eine positive Korrelation zwischen Beginn der endogenen Depression und einer in der gleichen Altersverteilung auftretenden Suizidtendenz ableiten. Diese Aussage bekommt noch mehr Gewicht, wenn man, wie einige Autoren, das Suizidrisiko zu Beginn der Erkrankung sehr hoch einschätzt, GREGER (1963), ANGST (1977).

Innerhalb des ersten Jahres nach Krankheitsbeginn ist das Suizidrisiko am höchsten, ebenfalls in den ersten Monaten nach einer stationären Behandlung, GREGER (1963), ANGST (1977) und WHEAT (1960).

Auch die Arbeit von AYD (1961) zeigt, daß 50% aller Suizide um das 50. Lebensjahr geschehen, wobei es sich überwiegend um depressive Syndrome handelte.

Es besteht in der Literatur keine Einigkeit darüber, ob das Suizidrisiko in der Anfangsphase der endogenen Depression höher ist als mit zunehmender Phasenhäufigkeit. Neuere, z.T. noch nicht veröffentlichte Ergebnisse sehen eine Zunahme des Suizidrisikos mit steigender Phasenhäufigkeit, WOLFERSDORF (1984), WOLFERSDORF, VOGEL (1984). BÖCKER (1973) meint, daß Patienten mit wiederholten Phasen eher simulieren, vor allem in stationärer Behandlung, um eine Entlassung zu erreichen. WOLFERSDORF (1979) und viele andere Autoren sehen

Patienten mit vorangegangenen Suizidversuchen als besonders gefährdet an.

Übereinstimmend kann gesagt werden, daß innerhalb der endogenen Depression bei Männern und Frauen die sogenannten harten Suizidmethoden überwiegen, BÖCKER (1973), PÖLDINGER (1968), RINGEL (1976) und GREGER (1963).

Zusammenfassend können wir sagen, daß die endogenen Depressionen innerhalb der Psychosen am häufigsten mit Suizidtendenzen einhergehen, ebenfalls sehen wir ein gemeinsames Auftreten von Krankheitsbeginn und Suizidalität innerhalb bestimmten Altersgruppen.

Das Suizidrisiko ist bei jeder Depressionsform und in jeder Phase der Erkrankung gegeben. Einige Autoren sehen im ersten Jahr nach Erkrankungsbeginn und nach einer stationären Entlassung ein besonders hohes Suizidrisiko, wobei die Ursachen, die letztlich zu Suizidhandlungen führen, weder vom Krankheitsverlauf, vom psychopathologischen Erscheinungsbild, von exogenen Faktoren oder vom Stadium der Psychose ableitbar sind.

Deshalb erscheinen die Suizidhandlungen auch häufig überstürzt. Innerhalb der endogenen Depression überwiegt der Suizid mit tödlichem Ausgang, da die Suizide oder Suizidversuche durch ihre Ernsthaftigkeit, ihre Gefährlichkeit der Suizidmethode und der hohen Wiederholungsgefahr nach vorausgegangenen Suizidversuchen gekennzeichnet sind.

Bei den reaktiven Depressionen steht der Suizidversuch im Vordergrund, bei den neurotischen Depressionen finden wir eine gleichhäufige Verteilung von Suizidversuchen und Suiziden.

Auf die Entstehungsbedingungen von Depressionen und suizidaler Handlung soll hier nicht weiter eingegangen werden.

Neben den häufig zu findenden Wahninhalten innerhalb der endogenen Depression ist die Gewissheit der Endgültigkeit und der unerträglichen Situation als Motiv für die suizidale Handlung bezeichnend. Auch das

Gefühl des unerträglichen Vorhandenseins, die "affektive Resonanzschwäche", WEITBRECHT (1974), die Initiativverarmung und auch die quälend empfundenen Denkhemmungen sind weitere Suizidmotive. Die unter dem Syndrom "raptus Melancholicus" beschriebene Angst und Verzweiflungsideen mit deutlicher Schuldthematik stellen ein besonders hohes Suizidrisiko dar; auf die spezielle Problematik soll hier nicht weiter eingegangen werden.

6. Alkoholismus und Suizid

Von MENNINGER (1938) stammt das bekannte Zitat, der Alkoholismus sei ein protrahierter Suizid.

Epidemiologische Untersuchungen zeigen, daß 6% bis 21% der Alkoholiker Suizid begehen, oder nach einer Studie von WIESER (1966), daß die Suizidalität bei chronischen Alkoholikern 12 bis 65 mal höher ist im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.

14% aller Suchtkranken haben nach einer Untersuchung schon vor ihrer Abhängigkeit suizidale Handlungen verübt und über 50% der Abhängigen unternahmen Suizidversuche in den ersten 5 Jahren ihrer Suchterkrankung.

TORHORST (1984) fand in seinem Kollektiv von Patienten mit Suizidversuchen 71% Abhängige.

Schwierig ist eine Bewertung des Suizides bei Drogenabhängigen und Toxikomanen. Auch in der Literatur finden sich darüber keine zuverlässigen Daten. Die Arbeit von BATTEGAY (1965) zeigte, daß 21% der Alkoholiker und 50% der Toxikomanen Selbstmordhandlungen begehen. Auch die Untersuchung von BIENER (1976) zeigt die Schwierigkeit der Bewertung einer Suizidhandlung bei Drogensüchtigen. Der Autor unterscheidet zwischen Suiziden als bewußte Willenshandlung und Suiziden, die im Rahmen einer Überdosis geschehen sind.

Den Zusammenhang zwischen Sucht und Suizid beschreibt RUSHING (1968)

in der sogenannten common cause theory und in der processual cause interpretation. Zu der letztgenannten Theorie, daß Sucht durch ihre spezifische Problematik zu Selbstmordhandlungen führt, wäre zu erwähnen, daß nicht alle Süchtigen Selbstmordhandlungen begehen. Auch wird man sich an die Suizidtypologie von DURKHEIM (1897) erinnern, denn auch für Süchtige treffen die Beschreibungen des anomischen und egoistischen Selbstmordes zu. FEUERLEIN (1975) teilt Selbstmordhandlungen, die im Zusammenhang mit Suchtmitteln stehen, in 3 Gruppen ein:

1. Selbstmordhandlungen von Süchtigen, die während der Selbstmordhandlung unter der akuten Einwirkung des Suchtmittels standen.
2. Selbstmordhandlungen von Süchtigen, die zur Zeit der Selbstmordhandlung nicht unter dem Einfluß des Suchtmittels standen.
3. Selbstmordhandlungen von Nichtsüchtigen, die sich akzidentell in einem Drogenrauschzustand befanden.

Da die meisten bisherigen Untersuchungen über Suchterkrankungen und Suizid an Alkoholikern gemacht wurden, werden hier 2 Gruppen unterschieden:

1. Alkoholiker, die durch ihre Selbstmordhandlung eine Abreaktion massiv aufgetauter Gefühle durchgeführt haben, diese Gruppe vollzieht die suizidale Handlung aus einem plötzlichen, unvorhersehbaren Aggressionsimpuls heraus.
2. Alkoholiker, die aus einer depressiven Verstimmung heraus eine Selbstmordhandlung begehen, (RINGEL & ROTTER 1957).

Bei dieser Gruppe steht der Suizid meist am Ende einer Trinktour bei fallendem Alkoholspiegel bzw. in der Abstinenzphase.

Im Rahmen des Alkoholismus kommt es häufig zu depressiven Phasen, die einige Wochen anhalten können, die schon BLEULER (1975) als "Alkohol-Melancholie" bezeichnete. BRINKMANN (1973) zeigte in seiner Arbeit u.a., daß Alkoholsuizidale mehr psychosomatische Störungen haben, vermehrt irritierbar seien, selbstunsicherer, reizbarer und depressiver als eine Kontrollgruppe.

Weiter konnte BRINKMANN (1973) zeigen, daß jeder vierte Patient mit einem Selbstmordversuch Alkoholprobleme hatte. Die meisten Patienten aus dieser Gruppe waren Alpha- und Gammaalkoholiker. In diesem Kollektiv überwogen Männer, obwohl in einem Gesamtkollektiv der Kontrollgruppe Frauen an Suizidhandlungen überwogen. Das Altersmaximum der suizidalen Alkoholiker lag zwischen 30 und 50 Jahren. BRINKMANN (1973) konnte die Ergebnisse von RINGEL & ROTTER (1957) bestätigen, daß die Motive von suizidalen chronischen Alkoholikern mit dem sozialen Abstieg zusammenhängen, wobei der sozialen Isolation eine besondere Bedeutung zukommt. Auch ökonomische und wirtschaftliche Faktoren spielten bei den Suizidhandlungen eine wesentliche Rolle.

Eine Häufung von Alphaalkoholikern unter den Suizidpatienten weist daraufhin, daß bereits bestehende Konflikte durch den Alkoholeinfluß eine zusätzliche Steigerung erfahren können und damit auch die Suizidität erheblich steigert.

Man kann also sagen, daß der Alphaalkoholiker einem besonders hohen Suizidrisiko ausgesetzt ist. Neben den schon erwähnten autoaggressiven Tendenzen wurde in der Literatur auf die sogenannte Fluchttendenz (LINDEN 1969) und die hochgradige Ambivalenz, die schon STENGEL (1961) für suizidale Patienten beschrieben hat, als Erklärungsansatz erwähnt. Die psychoanalytisch orientierten Autoren sehen im Suchtverhalten als auch in den suizidalen Tendenzen Störungen mit überwiegend depressiver Persönlichkeitsstruktur und einer narzisstischen Fehlentwicklung. HENSELER (1974), KOHUT (1973), LIRSSEN (1974), MENNINGER (1938).

7. Suizid und Suizidversuch bei psychiatrischen Patienten

Die Literaturergebnisse zeigen einstimmig, daß die Suizidversuchsrate bei allen psychiatrischen Erkrankungen allgemein sehr hoch ist. Auch bei psychiatrisch Erkrankten überwiegen die Suizidversuche im Vergleich zu den (gelungenen) Suiziden. TEMOCHE (1964), POKORNY (1964), STENGEL (1969), u.a.

DORPAT und RIPLEY (1967) berichten, daß 10% bis 20% der Suizidversuche später irgendwann einen tödlichen Suizid begehen. 65% aller, die durch Suizid verstarben, haben bereits einen oder mehrere Suizidversuche in ihrer früheren Anamnese verübt. (Vergl. auch TORHORST 1984).

Es ist hier nicht der Ort, über die zahlreiche Literatur der Suizidversuche innerhalb der psychiatrischen Erkrankungen zu berichten. Auch auf die Arbeiten der Suizidversuche nach stationär psychiatrischer Behandlung soll hier nicht genauer eingegangen werden.

Ob der Suizidversuch als mißglückter Suizid (BAYREUTHER 1959, BOOR 1949), als Hilferuf (FARBEROW 1961), als Versuch, die Umgebung zu ändern (LUKIANOWICZ 1972) angesehen wird, oder Apellcharakter (STENGEL 1969) hat, ist ein nosologisch deskriptiv-subjektives Problem. STENGEL (1969) zeigte, daß die Population derer, die Suizidversuche begehen, mit der Suizidpopulation (der gelungenen Suizide) zwar einige Gemeinsamkeiten hat, letztlich jedoch unterschiedliche Kollektive darstellen. Es ist nicht eindeutig beschrieben, ob diese Unterscheidung auch für psychiatrisch Erkrankte gilt.

So sagte auch FARBEROW (1950) und ROSEN (1954), daß psychiatrische Patienten mit Suizidgedanken jedoch ohne vorherige Suizidversuche in ihrer Persönlichkeitsstruktur eine andere Population darstellen, als Patienten ohne Suizidgedanken, aber mit ausgeführten Suizidversuchen.

Wir wissen auch, daß bei psychotischen Erkrankungen ausschließlich Suizidversuche sehr selten vorkommen, etwa nur bei 8% bis 16% der Erkrankten, COX (1964), ETTLINGER (1957), PÖLDINGER (1968), KOKOTT (1970), GRÜNBERG (1972), HENSELER (1974), MORGAN (1976), MÖLLER (1979).

Im Vergleich dazu begehen 36% aller Psychotiker einen ernsthaften Suizid mit tödlichem Ausgang.

Mit der Ernsthaftigkeit des Suizidgeschehens beschäftigen sich auch o.g. Autoren, kommen jedoch zu verschiedenen Bewertungen. An die 3-Gruppen-Einteilung suizidaler Absicht und die 4-Stufen objektiver Gefährlichkeit von STENGEL (1961) und COX (1964) halten sich die Autoren RINGEL (1953), FARBEROW (1961), DORPAT (1963), BÖCKER (1969) in ihren Ausführungen und Interpretationen suizidaler Handlungen.

Es besteht keine Relation zwischen suizidaler Absicht und subjektiver Gefährlichkeit. Gegenteilige Meinungen vertreten WEISS (1961) und KOKOTT (1970).

Die Arbeit von SCHERER (1981) bestätigte auch die Annahme, daß Suizidversuche nach psychiatrisch-stationärer Behandlung zeitlich früher nach der Entlassung verübt werden, im Vergleich zu den sogenannten "gelungenen" Suiziden.

Auf die Bedeutung der Arzt-Patienten-Konflikte bei Suizidversuchen gehen o.g. Untersuchungen ein, (vergl. auch POHLMEIER 1981,1982), ebenfalls muß auf die Wichtigkeit der zwischenmenschlichen Beziehungen einerseits und früherer Suizidhandlungen innerhalb der Ursprungsfamilie andererseits bei Suizidversuchen innerhalb psychiatrischer Erkrankungen ausdrücklich hingewiesen werden.

8. Suizidhandlungen psychiatrischer Patienten nach stationärer Entlassung

Die Themen Suizid im psychiatrischen Krankenhaus und Suizidhandlungen nach stationärer Entlassung aus einem psychiatrischen Krankenhaus wurden in der Literatur lange Zeit sehr vernachlässigt. Erst in den letzten Jahren sind Veröffentlichungen zu diesem wichtigen Thema erschienen. Im deutschsprachigen Raum hat sich mit dem Thema Suizid im psychiatrischen Krankenhaus vor allem FINZEN und Mitarbeiter und die Arbeitsgemeinschaft "Suizidalität und psychiatrisches Krankenhaus" beschäftigt.

Im folgenden soll ein Literaturüberblick die wichtigsten Arbeiten zu diesem Thema darstellen:

Die Arbeit von MODESTIN (1982) gibt eine Gesamtliteraturübersicht über Publikationen zum Thema Suizid im psychiatrischen Krankenhaus. Von den erwähnten 38 Arbeiten sind etwa 12 in den letzten 10 Jahren publiziert worden. Neuere Untersuchungen stammen von ERNST (1979), SCHLOSSER (1982) und vor allem von A. FINZEN und seiner Arbeitsgruppe (1983).

Übereinstimmend wird in der Literatur festgestellt, daß psychiatrische Patienten eine höhere Suizidrate haben als der Durchschnitt der Bevölkerung.

ACHTE (1966), BOLIN (1968), BARRACLOUGH (1974), WOLD (1973), KRAFT (1976), GARDNER (1964), JAMES (1964), POKORNY (1964), TEMOCHE (1964), WILSON (1968), MIDENET (1967), NEUMANN (1971), YAMAMOTO (1973), RORSMAN (1973/74), RITZEL (1974), STENGEL (1969), LEVY & SOUTHCOMBE (1953), FORSSMANN & JANSON (1960), TEMOCHE (1964), COPAS (1971), BÖCKER (1970) berichten in ihren Arbeiten mit recht unterschiedlichen Ergebnissen über Suizide während oder nach stationärer Behandlung. Die Publikationen umfassen das gesamte psychiatrische Diagnosenspektrum.

Die Aussagen der einzelnen Arbeiten sind hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Daten sehr unterschiedlich zu bewerten, deshalb sind Vergleiche eher selten möglich. Die Arbeiten von AUBREY (1974), CIOMPI (1976), SCHARFETER & NÜSPERLI (1979) bestätigen, daß das Suizidrisiko bei früheren psychiatrischen Patienten allgemein deutlich erhöht ist. Weiterhin kann gesagt werden, daß die Suizidrate sowohl vor als auch während eines stationären Klinikaufenthaltes und vor allem nach der stationären Entlassung erheblich erhöht ist.

Die psychiatrischen Diagnosen sind bei diesen Aussagen von großer Bedeutung. Das Suizidrisiko bleibt also auch nach einer psychiatrischen Behandlung oder eines stationären Aufenthaltes bestehen. Auf das Problem des Alterssuizid nach psychiatrischer stationärer Behandlung weisen CIOMPI (1976) und AUBREY (1974) hin.

Unser vorrangiges Interesse und das Anliegen unserer Untersuchung ist es, suizidale Handlungen psychiatrisch stationär behandelter Patienten nach ihrer Entlassung katamnestisch zu verfolgen. Arbeiten

zu diesem Thema kommen vor allem aus den angelsächsischen Ländern: KRAFT (1976), BOLIN (1968), GARDENER (1964), JAMES (1964), PO-KORNY (1964), WILSON (1968), TEMOCHE (1964), YAMAMOTO (1973), HESSÖ (1977).

NEUMAN (1971) berichtet aus einem israelischen Krankenhaus, MIDENET (1967) berichtet aus Frankreich, AUBREY (1974) aus der Schweiz. Aus dem deutschsprachigen Raum haben wir einige Hinweise von HAASE (1976) und MÜLLER (1978). Neuere Arbeiten zu diesem Thema wurden von A. FINZEN und seiner Arbeitsgruppe 1983 publiziert.

Wie die Arbeiten von HESSÖ 1977 zeigen, steigen die Suizidraten unter psychiatrischen Erkrankungen in den skandinavischen Ländern seit 1955 deutlich an. Dieser Anstieg wird von anderen Autoren nicht bestätigt.

Bei der Durchsicht aller Arbeiten stellt man eine große Übereinstimmung der Ergebnisse und Fakten hinsichtlich suizidalem Verhalten von psychiatrischen Patienten fest. Im folgenden sei kurz auf die einzelnen Arbeiten eingegangen, wobei auffallend ist, daß ein Großteil der Publikationen zu diesem Thema aus dem Jahre 1964 stammen. In der Diskussion der eigenen Ergebnisse werden die einzelnen Veröffentlichungen synoptisch dargestellt und kritisch betrachtet. Auf die Schwierigkeit der Vergleichbarkeit der einzelnen Publikationen wird hingewiesen.

JAMES et al (1964) weist in seiner Untersuchung auf die schon von STENGEL (1969) veröffentlichte Tatsache hin, daß der Suizid in Langzeitkrankenhäusern sehr selten, in akuten Aufnahmestationen jedoch - erwartungsgemäß - sehr hoch ist.

Innerhalb eines Siebenjahreszeitraumes konnte der Autor feststellen, daß 10,3% der männlichen Suizide und 17,8% der weiblichen Suizide vor ihrer suizidalen Handlung in einem psychiatrischen Krankenhaus behandelt wurden. Aus diesem Patientenkollektiv suizidierten sich innerhalb des Siebenjahreszeitraumes 3,1% der Männer und 1,5% der Frauen. Die wirkliche Suizidrate pro Hunderttausend betrug 155 für Männer und 75,7 für Frauen entgegen der alterskorrigierten

Erwartung von 35 für Männer und 8,5 für Frauen. Die Suizidrate für die entlassenen psychiatrischen Patienten lag somit für Männer 4,4mal, für Frauen 8,9mal höher als zu erwarten gewesen wäre.

GARDENER (1964) untersuchte in einem Dreijahreszeitraum (1960 bis 1962) die Beziehung zwischen Suizid und psychiatrischer Therapie bei 54 Patienten, die älter als 55 Jahren waren.

37% suizidierten sich während der Behandlung. Der Zeitraum zwischen dem letzten psychiatrischen Kontakt und dem Suizid war bei 48% der Untersuchten weniger als 3 Monate, bei 6% war der Zeitraum zwischen 3 und 6 Monaten, bei 4% zwischen 6 und 12 Monaten und bei weiteren 6% zwischen 1 und 2 Jahren.

Die Suizidrate der Gesamtbevölkerung zum Zeitpunkt der Untersuchung betrug 9,7 pro Hunderttausend, ein Wert, der unter dem Durchschnitt der USA für diese Zeit lag. Die Suizidversuche im gleichen Untersuchungszeitraum waren 3mal höher als die der Suizide.

Die Diagnosen verteilen sich wie folgt:

31% Schizophrenien, 41% Neurosen und Persönlichkeitsstörungen, 20% affektive Psychosen und 8% Hirnsyndrome. Bei 15% der Patienten war als Zweitdiagnose ein Alkoholabusus genannt.

Die Suizidrate der psychiatrischen Patienten war in dieser Untersuchung 15mal höher, verglichen mit der Gesamtbevölkerung. Die depressiven Erkrankungen (die nicht näher beschrieben wurden), hatten eine Suizidrate von 230 pro Hunderttausend. Die Patienten über 55 Jahre hatten eine doppelt so hohe Suizidrate wie Patienten unter 55 Jahren. Die Suizide schizophrener Patienten ereigneten sich in einer kürzeren Zeit nach der Entlassung, bei den Neurosen war der Zeitraum länger. Die Suizidrate war mit 165 pro Hunderttausend 6mal höher als die der Gesamtbevölkerung.

TEMOCHE et al (1964) bestätigt das erhöhte Suizidrisiko bei psychiatrischen Patienten, wobei die depressiven Psychosen in seinen Ergebnissen am stärksten gefährdet sind. Auch in dieser Untersuchung haben die Patienten innerhalb eines halben Jahres nach der Entlassung ein hohes Suizidrisiko, 34mal höher als die Durchschnittsbevölkerung.

Die Arbeit umfaßt einen Zeitraum von 3 Jahren mit einem Kollektiv von 183 Patienten. Die statistischen Daten beziehen sich vor allem auf den Geschlechtsunterschied und die Diagnosen.

RORSMAN (1973/74) bestätigt in ihren Arbeiten die bekannten Ergebnisse:

hohes Suizidrisiko bei psychiatrischen Patienten, Suizidrisikostieg nach stationärer Entlassung, Suizidversuche in der Anamnese; über 50% der Patienten hatten zum Teil kurz vor ihrem Suizid Kontakt mit einer psychiatrischen Institution. Die Verteilung der Diagnosen und ihre Einschätzung hinsichtlich der Suizidalität weichen nicht von den Angaben anderer Autoren ab.

WILSON et al (1968) untersuchte 2 Patientenkollektive:

17 Patienten, die während einer psychiatrischen Behandlung oder innerhalb eines Jahres nach der Entlassung Suizid begangen:

29 Patienten, die in psychiatrischer Behandlung waren und während dieser Zeit als suizidgefährdet galten, jedoch keinen Suizid vollzogen.

Folgende Ergebnisse sind bemerkenswert:

Die Patienten mit vollzogenem Suizid hatten wenige Suizidversuche (36%) in ihrer Anamnese, verübten jedoch während des stationären Aufenthaltes öfters Suizidversuche. 59% aus diesem Patientenkollektiv waren schizophren, 2/3 chronisch krank, 12% waren wegen Suizidversuch aufgenommen worden, der größte Teil der Patienten wegen akuter schizophrener Erregung.

Auf psychosozialem Gebiet waren die Suizidpatienten u.a. charakterisiert durch die Unfähigkeit zu planen, zeigten depressive Verstimmungen und waren sozial isoliert.

Auch MIDENET et al (1967) berichtet über 27 Suizide nach stationärer Entlassung aus einem psychiatrischen Krankenhaus in Frankreich.

Die Suizidrate von 140 pro Hunderttausend lag somit 7mal höher als bei der Durchschnittsbevölkerung.

Auffallend sind die Berichte über die Suizidmethoden: 50% verstarben durch Ertränken, an zweiter Stelle stand eine relativ seltene Suizidmethode: Der Suizid durch "vor den Zug werfen".

Die Autoren gehen leider nicht weiter auf diese Ergebnisse ein. Bestätigt wird auch in dieser Arbeit, daß das höchste Suizidrisiko innerhalb von 6 Monaten nach der Entlassung ist.

Die Diagnosen teilten sich zu 50% aus Alkoholkranken und aus 25% schizophren Erkrankten. Depressive Verstimmungszustände, die nicht durch Antidepressive Medikation beeinflußt werden können, sehen die Autoren für die Suizide mitverursachend an.

Die nach vielen Gesichtspunkten geführte Untersuchung NEUMANN (1971) mit einem israelischen Patientenkollektiv bestätigt die Ergebnisse über das Suizidgeschehen psychiatrisch Erkrankter. NEUMANN berichtet vor allem über soziale Zustände. Einsamkeit als entscheidendes Motiv zur suizidalen Handlung als auch Angst, Spannung, aggressive Tendenzen, die Sorge um Gesundheit und Zukunft. Die emotionalen Bindungen der suizidalen Patienten waren ebenfalls gestört.

Als Besonderheit dieser Arbeit kann erwähnt werden, daß der Autor die Kinderlosigkeit als eine positive Koordination für den Suizid erkannte. Bei den Diagnosen überwogen erstaunlicherweise mit 45% die Neurosen, an zweiter Stelle mit 29% werden die affektiven Psychosen genannt.

Die Arbeit von YAMAMOTO et al (1973) diskutiert in einem interessanten Gedankengang Ursachen für die hohe Suizidalität nach stationärer Entlassung. In ihren Ergebnissen zeigen die Autoren, daß über 50% der suizidalen Patienten "depressiv" waren oder suizidale Gedanken hatten und häufiger als andere Patienten das Krankenhaus aufsuchten. Ihr Zustand besserte sich auffallend rasch nach stationärer Therapie und bei der Entlassung schien es ihnen wesentlich besser zu gehen. Bald nach der Entlassung suizidierten sich diese Patienten jedoch.

Aus diesen Ergebnissen folgern die Autoren, daß die Patienten eine lange und kontinuierlichere Behandlung erhalten müßten, auch wenn die Patienten kein Bedürfnis nach Therapie hätten. Die Autoren sind der Meinung, daß unter Berücksichtigung dieser Risikofaktoren 67% der Suizidanten zu erkennen wären.

ACHTE (1966) berichtet über 57 Suizide innerhalb 11 Jahren und befaßt sich mit den in der Literatur geläufigen Diskussionspunkten. Seine Ergebnisse zeigen neben einer hohen Suizidversuchsrate in der Anamnese ein erhöhtes Suizidrisiko nach stationärer Entlassung (16% innerhalb des ersten Monats, 64% innerhalb des ersten Jahres). Die hohe Depressionsrate war auch bei diesem Patientenkollektiv auffallend.

Auch die Veröffentlichungen von BARRACLOUGH et al (1974) und KRAFT et al (1976) gehen der Frage des Suizides von psychiatrisch stationär behandelten Patienten nach und zeigen ähnliche Ergebnisse.

WOLD et al (1973) untersucht vor allem die Zeit zwischen Kontakt eines winwa "Suizid-prevention-centers" und dem Suizid durch Befragen der Personen, die den Suizidanten kannten und leitet daraus sein experimenteles "Antisuizidales Programm" ab. Über die Hälfte seiner Suizidpatienten äußerten keine Suizidgedanken oder sprachen über depressive Verstimmungen. Sie wurden als psychotisch diagnostiziert oder als "agitiert" angesehen.

Bemerkenswert war, daß die Suizidpatienten wenig kommunikativ waren, deshalb folgert der Autor, seien psychotische oder agitierte Patienten als potentiell suizidal zu bewerten. Die soziale Rehabilitation wird als weitere entscheidende Maßnahme nach der stationären Behandlung angesehen.

BOLIN et al (1968) untersuchte 27 Patienten, die sich innerhalb von 11 Jahren während einer Beurlaubung aus stationärer Behandlung suizidierten und verglich diese Population mit einer zufällig ausgewählten Vergleichsgruppe.

Folgende Merkmale wurden von den Autoren als bedeutsam hervorgehoben, die eine positive Korrelation zu der untersuchten suizidalen Patientenpopulation hatten: Verlust eines nahestehenden Menschen oder des Arbeitsplatzes; schlechte körperliche Gesundheit; Selbstmorddrohungen und Suizidversuche in der Anamnese; eine kurze Verweildauer des letzten stationären Aufenthaltes; mehr als 50% suizidierten sich innerhalb 90 Tage nach der Entlassung.

AUBREY (1974) zeigte an Hand eines großen psychiatrischen Patientenkollektivs, das die Autorin 20 Jahre katamnestisch verfolgte, eine Suizidrate von 5,6% verglichen mit einer Suizidrate von 1,67% bei Männern und 0,66% bei Frauen der selben Altersgruppe in der Allgemeinbevölkerung für den gleichen Untersuchungszeitraum. Das Suizidrisiko blieb bei den Patienten, auch im höheren Alter bestehen, vor allem bei Patienten mit der Diagnose depressives Syndrom, manisch-depressive Störungen, gefolgt von Alkoholikern, psychogenen und psychopathischen Störungen, psychoorganischen Affektionen und der Schizophrenie.

FINZEN et al (1983) berichtet über Suizide nach psychiatrisch stationärer Behandlung in einem Untersuchungszeitraum von 9 Jahren. Die Suizidrate betrug 0,525%, überwiegend Männer. In der Altersverteilung zeigt sich keine Dominanz.

Die Diagnosenverteilung zeigt ein Überwiegen der neurotischen Erkrankungen (35%), 27% sind affektive Psychosen, 22% Schizophrene, 10% Alkoholiker und 5% organische Psychosyndrome.

Damit unterscheiden sich in Hinblick auf die Diagnosen die Patienten, die sich im Krankenhaus suizidierten, von denjenigen, die nach der Entlassung Suizid begangen.

Bei den Kliniksuiziden überwiegen die schizophrenen Erkrankungen. Die Suizidgefährdung der Patienten mit affektiven Psychosen verstärkt sich über die Entlassung hinaus. Ebenfalls fanden die Autoren, daß das Suizidrisiko nach Entlassung aus der psychiatrischen Behandlung etwa 6mal so hoch ist wie für den Zeitraum der Hospitalisierung. Auch in dieser Arbeit wird die Suizidrate in den ersten 6 Monaten

nach Entlassung am höchsten eingeschätzt, genauer: ein Viertel der entlassenen Patienten suizidiert sich innerhalb des ersten Monats nach Entlassung, 50% innerhalb von 3 Monaten und zwei Drittel innerhalb eines halben Jahres.

Berücksichtigt man, daß katamnestische Erhebungen nur einen unteren "Minimalwert" an vollzogenen Suiziden erfassen, müssen wir annehmen, daß die tatsächliche Suizidrate noch wesentlich höher liegt. Verglichen mit der Suizidrate während der stationären Behandlung kann man sagen, daß die Suizidrate nach Entlassung dreimal so hoch ist, wie zur Zeit der stationären Behandlung. Dabei muß bedacht werden, daß alle Suizide, die sich im stationären Bereich ereignen, erfaßt werden. Weiterhin ist hervorzuheben, daß Patienten, die nach stationärer Entlassung Suizid begehen, bei der Entlassung eigentlich als gesund oder zumindest gebessert eingeschätzt werden. Dies bestätigt die Arbeit von A. FINZEN (1983) auch durch statistisch relevante Angaben: 65% der entlassenen Patienten, die sich später suizidierten, wurden als geheilt oder gebessert entlassen; 23% der Patienten werden in ihrem Gesundheitszustand als unverändert bezeichnet und nur bei 4,8% der Patienten erfolgte die Entlassung gegen ärztlichen Rat.

Diese kurze Literaturübersicht zeigt u.a., daß die Publikationen vom Methodischen und von der Konzeption her sehr unterschiedlich angelegt sind, so daß ein kritischer Vergleich der Daten sehr schwierig ist. Auch werden die dargestellten Populationen oft ungenau beschrieben, die diagnostischen Angaben sind oft sehr unpräzise.

Daß psychiatrische Patienten sowohl vor, während als auch nach der stationären psychiatrischen Behandlung ein erhöhtes Suizidrisiko haben, wobei das Suizidrisiko nach der Entlassung am höchsten eingeschätzt wird, wird in allen Arbeiten bestätigt. Leider bleibt es jedoch bei dieser Feststellung, ohne daß auf die Ursachen eingegangen wird oder die Schwierigkeiten bei katamnestischen Arbeiten diskutiert werden.

Die vorliegende Arbeit will einen Beitrag zur Problematik suizidaler Handlungen nach psychiatrisch stationärer Entlassung leisten. Wir untersuchten Patienten der Psychiatrischen Universitätsklinik München, die in den Jahren 1950, 1960 und 1970 stationär behandelt wurden, katamnestisch 5 Jahre nach ihrer stationären Entlassung. Die aus der Literatur bekannten und diskutierten Parameter über suizidale Handlungen wurden in die statistische Auswertung aufgenommen. In der Auswertung der Daten beschränken wir uns auf eindeutige Suizide psychiatrischer Patienten.

Wir berichten über die Schwierigkeiten bei der katamnestischen Arbeit, den Erfahrungen bei der Datengewinnung, der Problematik der amtlichen Feststellung eines Suizides, der hohen Dunkelziffer von nicht festgestellten suizidalen Handlungen und bemühen uns trotz statistisch,amtlich, katamnestischer Erhebungen auch zur praktischen Suizidprophylaxe Bezug zu nehmen.

1. Auswahl der untersuchten Patientenpopulation

Die Ausgangspopulation unserer Untersuchung waren alle Patienten der psychiatrischen Universitätsklinik München, die in den Jahren 1950, 1960 und 1970 stationär behandelt wurden.

Im Jahr 1950 waren es 5617 Patienten, im Jahr 1960 3149 Patienten und im Jahr 1970 3164 Patienten.

Aus diesem Kollektiv wählten wir alle Patienten aus, die zur Zeit ihrer stationären Behandlung ihren Hauptwohnsitz im Stadtgebiet München hatten. Für das Untersuchungsjahr 1950 waren dies 2034 Patienten, entsprechend 36% der Gesamtaufnahmen des Jahres, für das Jahr 1960 waren es 1106 Patienten, entsprechend 35% der Gesamtaufnahmen des Jahres und für das Jahr 1970 waren es 1330 Patienten, entsprechend 36% der Gesamtaufnahmen des Jahres.

Von diesen stationär behandelten Patienten in der psychiatrischen Universitätsklinik München mit Hauptwohnsitz München wurden nochmals alle Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose selektiert, da bis 1972 auch neurologische Patienten in der psychiatrischen Universitätsklinik München behandelt wurden.

Von diesem psychiatrischen Patientenkollektiv prüften wir weiter, ob die stationär behandelten Patienten nach 5 Jahren des jeweiligen Untersuchungsjahres noch ihren Hauptwohnsitz in München hatten. Um dies herauszufinden, verglichen wir sämtliche Patienten unserer Ausgangspopulation mit den Karteien des Einwohnermeldeamtes Münchens.

Folgende Kriterien führten zu einer weiteren Reduktion des Patientenkollektivs:

1. Stationär aufgenommene Patienten, bei denen sowohl in der Krankengeschichte als auch in der Epikrise keine Diagnosen gestellt wurden.

2. Patienten, die einen Tag oder weniger in der psychiatrischen Universitätsklinik München stationär aufgenommen wurden.
3. Patienten, bei denen die Angaben aus den uns zur Verfügung stehenden Unterlagen für eine weitere Untersuchung nicht ausreichend waren.
4. Patienten, die nach unserem Untersuchungsjahr nochmals in der psychiatrischen Universitätsklinik stationär behandelt wurden, konnten wir in unsere katamnestsiche Untersuchung nicht aufnehmen.

Weiterhin zählten wir mehrfach stationäre Aufenthalte im Untersuchungsjahr einfach.

Ebenfalls nahmen wir Patienten, die vor unserem Untersuchungsjahr schon ein- oder mehrfach stationär behandelt wurden, in unsere Untersuchung nicht auf.

Nach diesen beschriebenen Auswahlkriterien stellte sich unsere Patientenpopulation wie folgt dar:

732 Patienten für das Jahr 1950

421 Patienten für das Jahr 1960

696 Patienten für das Jahr 1970.

Aus diesem Kollektiv stationär behandelter Patienten ermittelten wir, wieviele Patienten hiervon innerhalb von 5 Jahren nach unserem Untersuchungsjahr verstorben waren.

1.1. Feststellung des Todes

1.1.1. Angaben des Bestattungsamtes

Aus den Karteien der Bestattungämter München konnten wir nach Durchsicht aller Patienten den Sterbetag und den Sterbeort feststellen.

1.1.2. Angaben der Gesundheitsämter

Die Todesursache, Todesart, genauen Zeitpunkt des Todes, Ort des

Todes, den zuletzt behandelnden Arzt und weitere Angaben zum Todesgeschehen konnten wir aus den Todesbescheinigungen, die in den Gesundheitsämtern München nach Jahr und Eingangsdatum geführt werden, entnehmen.

2. Beschreibung der untersuchten Population

2.1. Klinische Beschreibung

In den Einweisungsbüchern der psychiatrischen Universitätsklinik München fanden wir die stationär aufgenommenen Patienten mit der Angabe ihres Wohnortes. Alle stationär behandelten Patienten mit dem Hauptwohnsitz München wurden für die Jahrgänge 1950, 1960 und 1970 herausgesucht und auf Karteikarten festgehalten.

In den Diagnosebüchern der psychiatrischen Universitätsklinik München ermittelten wir die psychiatrischen Diagnosen o.g. Patienten. Die Diagnosebücher werden für Männer und Frauen getrennt geführt unter Angabe des Alters in Jahren, der stationären Aufenthaltsdauer und der psychiatrischen als auch neurologischen Diagnosen.

Die Diagnosen werden nach dem modifizierten Schema nach Jung, welches auf das Würzburger Schema zurückgeht und seit 1930 in der psychiatrischen Universitätsklinik München verwendet wird, geführt. 1971 wurde das WHO-Schema eingeführt. Da unsere Patienten ausschließlich nach dem modifizierten Schema nach Jung diagnostiziert wurden, übernahmen wir dieses Schema für unsere diagnostische Einteilung. Bei mehrfach aufgenommenen Patienten nahmen wir die zuletzt gestellte Diagnose der Krankengeschichte bzw. des Abschlußberichtes (Epikrise) in unsere diagnostische Auswertung mit ein, bei mehreren gleichzeitig gestellten Diagnosen nahmen wir die pathogenetisch bedeutendere.

2.2. Statistische-epidemiologische Beschreibung

Alle Patienten aus den Jahren 1950, 1960 und 1970 mit dem Hauptwohnsitz München wurden auf Karteikarten mit den Angaben des Geburtsdatums, des Wohnortes (mit Adresse), festgehalten. Aus

diesem Kollektiv wählten wir alle Patienten mit psychiatrischen Diagnosen aus. Nicht ermittelt wurde, wie viele Patienten der Ausgangspopulation während des Untersuchungszeitraumes von 5 Jahren ihren Wohnsitz wechselten. Wir konnten deshalb nur endgültig diejenigen Patienten in unsere Studie aufnehmen, die im Bestattungsamt München nach unserem 5-Jahres-Katamnesezeitraum als Verstorben registriert wurden.

3. Methodische Probleme

3.1. Wohnsitzwechsel während des 5-Jahres-Katamnese-Untersuchungszeitraumes

Es ist anzunehmen, daß eine bestimmte Anzahl von Patienten der Ausgangspopulation in unserem 5-Jahresuntersuchungszeitraum verstarben oder gar durch Suizid verstarben, die jedoch durch Wohnsitzwechsel nicht in das Einzugsgebiet des Bestattungsamtes München fielen. Durch Stichproben konnten wir herausfinden, daß eine bestimmte Anzahl unserer Patienten der Ausgangspopulation innerhalb des 5-Jahres-Untersuchungszeitraumes ihren Wohnsitz wechselten.

3.2. Unklare Angaben der Todesursache

Patienten, die in ihrer Anamnese mehrere Suizidversuche unternommen hatten und in unserem 5-Jahres-Untersuchungszeitraum verstarben, jedoch laut Angabe der Todesbescheinigungen nicht durch Suizid, wurden ebenfalls auf Karteikarten festgehalten. Wir sind in unseren Überlegungen davon ausgegangen, daß möglicherweise ein Suizid bei Risikopatienten nicht eindeutig in den Todesbescheinigungen angegeben wurde. So konnten wir beispielsweise bei Patienten, die früher schon einmal Suizidversuche verübten, in der Todesbescheinigung als Todesursache "Herzversagen" finden, obwohl nach genaueren Nachforschungen ein Suizid als Todesursache als sehr wahrscheinlich angenommen werden mußte.

Deshalb faßten wir diese Risikopopulation hinsichtlich der Todesursache als "unklare Diagnosen" der Todesbescheinigung zusammen.

Bei der Diskussion der Ergebnisse wird auf dieses Problem genauer eingegangen.

3.3. Informationen aus den Krankengeschichten des Bezirkskrankenhauses Haar

Es ist naheliegend, anzunehmen, daß psychiatrische Patienten, die in der psychiatrischen Universitätsklinik München behandelt wurden, auch in stationärer Behandlung des nahegelegenen Bezirkskrankenhauses Haar waren. Um für unser Kollektiv möglichst viele Informationen hinsichtlich katamnestsicher Daten zu erhalten, prüften wir im Bezirkskrankenhaus Haar nach, ob Patienten unserer Ausgangspopulation auch dort stationär behandelt wurden. Dazu überprüften wir, ob Patienten unserer Ausgangspopulation im Bezirkskrankenhaus Haar als stationär behandelt registriert wurden.

Wir konnten so von den Patienten, die vor oder nach dem stationären Aufenthalt in der psychiatrischen Universitätsklinik München stationär im BKH Haar behandelt wurden, ergänzende Daten aus den Krankengeschichten erhalten.

4. Auswahlkriterien

4.1. Schwierigkeiten der Katamneseerhebung

Bei Patienten, deren Suizid längere Zeit nach der letzten Entlassung vollzogen wurde, bemühten wir uns herauszufinden, ob zwischen der Entlassung und dem Suizid eine weitere stationäre bzw. psychiatrisch-ambulante Behandlung stattfand oder ob die Patienten in weiterer ärztlicher Behandlung standen. Dabei ergaben sich technische wie vor allem bürokratische Schwierigkeiten, so daß wir hier keine zufriedenstellende katamnestsische Anamnese durchführen konnten. Leider konnten wir nur im BKH Haar einige Patienten unserer Ausgangspopulation wiederfinden. In zwei Nichtpsychiatrischen Krankenhäusern in München (Stadtkrankenhaus München-Schwabing, Städt. Krankenhaus München-Harlaching) und einem psychiatrischen

Krankenhaus außerhalb Münchens (psychiatrische Privatklinik Gauting) hatten wir keinen Erfolg. In diesen Krankenhäusern sahen wir nochmals alle Patienten unserer Ausgangspopulation durch, ob diese in o.g. Krankenhäusern als stationär behandelte Patienten registriert wurden.

4.2. "Unklare Todesursachen"

Bei den unklaren Todesursachen auf den Todesbescheinigungen versuchten wir im Gerichtsmedizinischen Institut der Universität München oder im Pathologischen Institut der Universität München genauere Diagnosen oder Daten über die Todesursachen zu erhalten.

5. Datensammlung für die statistische Auswertung

5.1. Datenerhebung und Datennennung für die untersuchten psychiatrischen Patienten

Alle Daten über unsere innerhalb des 5-Jahres-Untersuchungszeitraumes verstorbenen oder durch Suizid verstorbenen Patienten wurden auf Karteikarten festgehalten. Folgende Parameter wurden in die statistische Auswertung aufgenommen und wie folgt benannt:

Familienstand (ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet),

Altersverteilung (unter 20 Jahre, 20-29 Jahre, 30-39 Jahre, 40-49 Jahre, 50-59 Jahre, 60-69 Jahre, über 70 Jahre),

Religionsangabe (katholisch, evangelisch, andere),

Diagnosen (1.Schizophrenie, 2.manisch-depressiver Formenkreis, 3.Neurosen, 4.Sucht, 5.organische Psychosen, 6.andere Erkrankungen, keine Angaben),

Dauer des stationären Aufenthaltes (Angabe in Tagen),

Therapie (1.Psychopharmakatherapie, 2.Elektrokonvulsionstherapie, 3.Kombinationstherapie aus Psychopharmaka und Elektrokonvulsion, 4.keine Angaben zur Therapie),

Suizidmethoden (1.Erhängen, 2.Intoxikation(Tabletten),3.Gasvergiftung, 4.Sturz, 5.Überfahren lassen, 6.Verstümmeln, 7.andere),
Suizidort (1.zu Hause, 2.nicht zu Hause, 3.Suizidort unbekann),
Zeitraum zwischen stationärer Entlassung und Suizid (Angabe in Wochen).

5.2. Statistische Daten über Suizide in der Münchener Bevölkerung

Soweit Veröffentlichungen vom statistischen Landesamt über Selbstmordgeschehen für den Vergleich unserer untersuchten Population mit der Bevölkerung Münchens ausreichend waren, wurden diese in die statistische Betrachtung mit einbezogen.

Die Daten über Suizide der Münchener Bevölkerung entnahmen wir den statistischen Jahrbüchern und der Münchener Statistik. Die Angaben über die Selbstmordzahlen aus diesen beiden Veröffentlichungen waren für die Jahre 1950 bis 1955, 1961 bis 1965 und 1970 unterschiedlich. Für die Jahre 1953 und 1954 erschienen nur die Gesamtzahlen der Selbstmorde nach Monaten.

Ab 1964 sind die Angaben der Suizide auf 10000 Einwohner nach Geschlecht und Alter, Ursachen und Monatsverteilung eingeschränkt worden. Für die Jahre 1964 und 1975 gibt es zur Zeit nur die Angaben der absoluten Suizidzahlen nach Monaten (Einwohnermeldeamt).

Von 1950 bis 1963 sind zusätzlich zu den o.g. Parametern noch Familienstand, Religionszugehörigkeit, Beruf und Beweggrund angegeben.

Ab 1968 gibt es Statistiken nach Todesursache und Alter.

Die Suizidmethoden werden eingeteilt in

1. Vergiften
2. Erhängen
3. Erschießen
4. Ertränken
5. Überfahren lassen.

Diese Einteilung wird bis 1973 beibehalten, außer in den Jahren 1953 und 1953. Ab 1974 wird eine andere Methodeneinteilung getroffen. Für den statistischen Vergleich mit unserer Patientenpopulation haben wir uns an die bis 1973 publizierten Angaben der Suizidmethoden gehalten, da sie den größten Teil unseres untersuchten Patientenkollektivs betrifft.

Für den statistischen Vergleich mit der Bevölkerung Münchens faßten wir in Tabellen die 5 Untersuchungszeiträume mit folgenden Parametern zusammen:

Für jeden Monat dieser untersuchten Jahre erhoben wir die Daten der Einwohnerzahl Münchens, die Eheschließungen, die Ehescheidungen, die Sterbefälle insgesamt, die Sterbefälle über 65, Sterbefälle Ortsfremd und Sterbefälle auf 1000 pro Jahr, die Suizide in Gesamtzahl (je nach Publikation Suizide auf 10000 Einwohner), Suizidmethode, Suizide männlich, Suizide weiblich, Suizide nach Familienstand, Suizide nach Religionszugehörigkeit, Suizide nach Berufsabteilungen, Suizide nach Jahreszeit und Suizide nach Beweggrund.

Zur besseren Übersicht legten wir Tabellen an, über die Suizide der Münchener Bevölkerung für die Jahre 1950 bis 1955, 1960 bis 1965 und 1970 bis 1975 mit den absoluten Zahlen der Suizide für jeden Monat dieser Jahre. Wir errechneten für jedes Jahr die Gesamtzahl der Suizide, anschließend die Durchschnittszahl für alle 6 untersuchten Jahrgänge.

In einer weiteren Tabelle erfaßten wir die absoluten Zahlen der Suizide der Münchener Bevölkerung für jedes Jahr, ebenfalls die Daten auf 10000 Einwohner mit den Suizidmethoden Vergiften, Erschießen, Erhängen, Überfahren lassen, Suizide nach Geschlechtsunterschieden, Suizide nach Familienstand. Für alle Parameter errechneten wir die Durchschnittszahlen.

D ERGEBNISSE

1. Darstellung der untersuchten Patientenpopulation

Ausgangspopulation unserer Untersuchung waren alle Patienten der Universitätsklinik München mit psychiatrischen Erkrankungen, die in den Jahren 1950, 1960 und 1970 stationär behandelt wurden und ihren Hauptwohnsitz in München hatten. Die Gesamtzahl der stationär behandelten Patienten betrug für das Jahr 1950 5615, für das Jahr 1960 3149 und für das Jahr 1970 3164 Patienten.

Aus diesem Patientenkollektiv selektierten wir alle Patienten mit psychiatrischen Diagnosen und Hauptwohnsitz München. Für das Jahr 1950 waren es 2034 psychiatrisch Erkrankte, für das Jahr 1960 1106 Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen und für das Jahr 1970 1130 psychiatrisch Erkrankte.

Nachdem wir alle psychiatrischen Diagnosen, alle mehrfach stationär aufgenommenen Patienten pro Jahr, alle unklaren Fälle aus dieser Population selektiert hatten, prüften wir im Einwohnermeldeamt, wieviele Patienten der jetzigen Population in unserer 5-Jahreskatamnese ihren Hauptwohnsitz noch in München hatten. Folgendes Kollektiv ging in unsere weitere katamnestisch-statistische Auswertung ein:

732 Patienten im Jahr 1950

421 Patienten im Jahr 1960

696 Patienten im Jahr 1970 (Tabelle 1).

Aus dieser Population ermittelten wir, wieviele Patienten innerhalb der dem Untersuchungsjahr folgenden 5 Jahren verstarben. In dem Bestattungsamt München prüften wir für die Jahre 1950 bis 1955, für die Jahre 1960 bis 1965 und für die Jahre 1970 bis 1975 sämtliche dort geführten Karteien, ob Patienten unserer Population dort geführt und in diesen Zeiträumen dort als verstorben registriert wurden.

Tabelle 2 zeigt, daß innerhalb von 5 Jahren nach stationärer Entlassung von unseren Patienten des Jahres 1950 84 Patienten verstarben, aus dem Untersuchungsjahr 1960 40 Patienten und aus dem Untersuchungsjahr 1970 64 Patienten verstarben.

Durch Suizid verstarben innerhalb von 5 Jahren nach stationärer Entlassung im Untersuchungsjahr 1950 18 Patienten, im Untersuchungsjahr 1960 13 Patienten und im Untersuchungsjahr 1970 13 Patienten (Tabelle 2).

Während in allen drei Untersuchungsjahren die Zahl der Verstorbenen innerhalb der 5-Jahreskatamnese bei annähernd 10% der untersuchten Population lag, war die prozentuale Verteilung der Suizide unterschiedlich.

Dabei muß darauf hingewiesen werden, daß die Angaben der eindeutigen Suizide sicher eine untere Grenze darstellen. Unter Miteinberechnung der "unklaren Suizide" und der Suizide des Patientenkollektivs, die wir im BKH Haar registrieren konnten, erhöht sich die prozentuale Verteilung der Suizide unserer untersuchten Patientenpopulation im Jahr 1950 um 0,9%, im Jahr 1960 um 1,2% und im Jahr 1970 um 1,3%.

Tabelle 3 zeigt eine Übersicht über die verstorbenen Patienten, die durch Suizid verstorbenen Patienten einschließlich den Suiziden, wo wir den Suizid als Todesursache unter zu Hilfenahme unserer gesamten erhobenen Daten für sehr wahrscheinlich annehmen können. So fanden wir beispielsweise in den Krankengeschichten des BKH Haar Eintragungen über Suizide aus unserer Patientenpopulation. Abschließend ist festzustellen, daß 1950 2,5% (bzw. bei Einbeziehung der unklaren Fälle 3,4%) unserer Patienten durch Suizid verstarben, 1960 3,1% bzw. 4,3% und 1970 1,9% bzw. 3,2% unserer Patienten durch Suizid verstarben.

Es sei nochmals darauf hingewiesen, daß sich alle folgenden Daten unserer Untersuchung auf die tatsächlich verübten Suizide beziehen, d.h., bei diesen Patienten wurde der Suizid in der Todesbescheinigung genannt.

2. Altersverteilung der durch Suizid verstorbenen Patienten

Einen Überblick über die Altersverteilung gibt Tabelle 4. Deutlich ist eine gleichmäßige Altersverteilung im Jahr 1950, während 1960 die 20- bis 29-jährigen und Patienten ab 50 Jahren mit Suizidhandlungen überwiegen, 1970 dagegen die 30- bis 39-jährigen und ebenfalls die über 50-jährigen mit Suizidhandlungen überwiegen.

Die Altersgruppe der 50- bis 59-jährigen stellt durchschnittlich insgesamt mit 31,8% den größten Anteil innerhalb der Suizidpopulation dar, gefolgt mit je 18,2% der 20-bis 29-jährigen und 30- bis 39-jährigen. 15,9% waren 40- bis 49 Jahre, 2,3% unter 20 Jahren und 13,5% über 60 Jahre.

3. Geschlechtsverteilung der durch Suizid verstorbenen Patienten

Einen Vergleich der Geschlechtsverteilung der untersuchten Patientenpopulation und der durch Suizid verstorbenen Patienten innerhalb der 5-Jahreskatamnese zeigt Tabelle 5. In der Ausgangspopulation überwiegen in allen drei Untersuchungsjahren die weiblichen Patienten. Die Verteilung der durch Suizid verstorbenen Patienten ist unterschiedlich:

1950 überwiegen deutlich die männlichen Suizide, 1960 und 1970 die weiblichen Suizide. Während in den Untersuchungsjahren 1950 und 1960 die Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Suiziden sehr deutlich sind, zeigt sich im Jahr 1970 eine prozentuale Annäherung innerhalb der Geschlechtsverteilung.

4. Familienstand der durch Suizid verstorbenen Patienten

Tabelle 6 zeigt die Verteilung des Familienstandes der Patienten, die innerhalb von 5 Jahren nach stationärer Entlassung durch Suizid verstarben.

Hier zeigt sich eine deutliche Zunahme der Ledigen und Verwitweten und ein Rückgang der verheirateten Patienten. Die geschiedenen Patienten haben in unserer Untersuchung einen geringen Anteil. Die höchste prozentuale Verteilung innerhalb der Suizidpopulation haben mit durchschnittlich 58,1% durch alle Jahrgänge hindurch die verheirateten Patienten. Dabei muß aber erwähnt werden, daß auch die Verheirateten in der Ursprungspopulation den höchsten Anteil innerhalb der Verteilung des Familienstandes hatten.

5. Religionszugehörigkeit der durch Suizid verstorbenen Patienten

In unsere statistische Auswertung nahmen wir hinsichtlich der Religionszugehörigkeit folgende Unterteilung vor:

1. katholisch
2. evangelisch
3. andere Religionszugehörigkeiten.

Innerhalb der durch Suizid verstorbenen Patienten zeigte sich folgende Verteilung der Religionszugehörigkeit:

65,1% waren römisch-katholisch

25,6% evangelisch und

9,3% gehörten einer anderen Religionszugehörigkeit an.

6. Jahreszeitliche Verteilung des Suizides bei den durch Suizid verstorbenen Patienten

Bei der Betrachtung des Suizides und der jahreszeitlichen Verteilung zeigt unsere Untersuchung folgende Ergebnisse:

In allen drei Untersuchungsjahren fielen die höchsten Suizidraten auf die Monate August (11,4%), September (15,9%) und Oktober (13,6%).

Bei der genaueren Betrachtung der einzelnen Jahrgänge zeigt sich für das Jahr 1950 die höchste Suizidrate im Juli und September, für das Jahr 1960 eine gleichmäßige Verteilung von 15,4% durch die Monate August bis November. Im Jahr 1970 finden wir die höchste Suizidrate im Januar, März, April und Oktober mit jeweils 15,4%.

7. Frühere Suizidversuche bei den durch Suizid verstorbenen Patienten

Durchschnittlich finden wir bei 36,4% aller durch Suizid verstorbenen Patienten einen oder mehrere Suizidversuche in der Anamnese.

25% der Patienten hatten bereits einen Suizidversuch unternommen, 11,4% zwei- oder mehrere Suizidversuche.

Tabelle 7 zeigt die Häufigkeitsverteilung früherer Suizidversuche: ein Suizidversuch in der Anamnese finden wir bei 38,9% der Patienten im Jahr 1950, 15,4% bei Patienten aus dem Jahr 1960 und ebenfalls 15,4% bei Patienten aus dem Jahr 1970. 16,7% der Patienten aus dem Untersuchungsjahr 1950 begangen zwei- oder mehrere Suizidversuche, im Jahr 1970 waren es 15,4%, die zwei- oder mehrere Suizidversuche unternahmen.

Die Verteilung der Gesamtsuizide innerhalb der drei Untersuchungsjahre zeigt, daß die durch Suizid verstorbenen Patienten aus dem Jahr 1950 die höchste Suizidrate in ihrer Anamnese hatten, Patienten aus dem Untersuchungsjahr 1960 hatten die geringste Suizidversuchsrate, während bei Patienten aus dem Jahr 1970 die Suizidversuchsrate wieder erheblich anstieg, jedoch nicht so hoch war wie 1950.

8. Suizidmethode der durch Suizid verstorbenen Patienten

Tabelle 8 zeigt die Suizidmethoden der psychiatrischen Patienten, die

nach stationärer Entlassung durch Suizid verstarben. In allen drei Untersuchungszeiträumen dominierte die Suizidmethode der Intoxikation. An zweiter Stelle steht die Methode des Erhängens, gefolgt von der Gasvergiftung. Auffallend ist die hohe Verteilung des Erhängens und der Gasvergiftung im Jahr 1960. Für das Jahr 1970 fällt eine hohe Verteilung des Sturzes und eine niedrige Verteilung des Erhängens auf. Weiterhin sehen wir eine Zunahme der Intoxikation und eine Abnahme des Erhängens als Suizidmethode innerhalb der Katamnese von 1950 bis 1975.

Tabelle 9 zeigt einen Überblick über die Suizidmethoden der Suizide in der Münchener Bevölkerung für die untersuchten 5-Jahreskatamnesezeiträume von 1950 bis 1955, von 1960 bis 1965 und von 1970 bis 1975. Auch in dieser Population stellt die Tablettenintoxikation in allen drei Untersuchungszeiträumen den größten Anteil innerhalb der Suizidmethoden dar. Es ist jedoch auffallend, daß zwischen dem Jahr 1950 und dem Jahr 1970 bzw. 1975 keine Zunahme der Tablettenintoxikation stattgefunden hat, im Gegenteil, wie aus Tabelle 9 ersichtlich, sank die Tablettenintoxikation von 57,4% für die Jahre 1950 bis 1955 auf 41,2% für die Jahre 1970 bis 1975.

Ein Vergleich der Suizidmethoden bei den untersuchten psychiatrischen Patienten und den Suiziden in der Münchner Bevölkerung für die 3 untersuchten 5-Jahreskatamnesezeiträume zeigt zusammenfassend Tabelle 10. Wir sehen, daß die Suizidmethode des Erhängens, der Vergiftung (Tablettenintoxikation) und das Überfahren in der von uns untersuchten psychiatrischen Patientenpopulation und in der Münchner Allgemeinbevölkerung beinahe die gleiche prozentuale Verteilung hat. So fanden wir bei den psychiatrischen Patienten als auch innerhalb der Münchner Bevölkerung eine Verteilung der Suizidmethode des Erhängens von 25%. Der Unterschied innerhalb der Tablettenintoxikation und Vergiftungen ist mit 47,7% bei den psychiatrischen Patienten und 45,4% innerhalb der Münchener Allgemeinbevölkerung ebenfalls nicht sehr hoch. Bei der Suizidmethode des Überfahrens zeigt sich innerhalb der beiden Populationen ebenfalls beinahe eine Gleichverteilung. Bei den psychiatrischen Patienten suizidierten sich 4% durch Überfahren, in der Münchener Allgemeinbevölkerung 4,3%.

9. Diagnosen der durch Suizid verstorbenen Patienten

Für die statistische Auswertung nahmen wir folgende Einteilung der

Diagnosen vor:

Schizophrenie, manisch-depressiver Formenkreis, Neurosen, Suchterkrankungen, organische Psychosen, andere Diagnosen bzw. keine Diagnosen.

Die Tabellen 11 und 12 geben eine Übersicht über die Verteilung der Diagnosen in den drei Untersuchungsjahren 1950, 1960 und 1970. In der Tabelle 11 geben wir die prozentuale Verteilung der Diagnosen bezogen auf die drei Untersuchungsjahre an, in Tabelle 12 die Verteilung der Diagnosen innerhalb der einzelnen untersuchten Jahre.

Es zeigt sich, daß die Schizophrenie im Jahr 1960 mit 57,1% die höchste Verteilung innerhalb der drei Untersuchungsjahre hatte. Im Jahr 1960 finden wir einen Anteil von 28,6% schizophrene Erkrankter innerhalb der Patienten, die durch Suizid verstarben und 1970 einen Anteil von 14,3% mit der Diagnose Schizophrenie.

Für den manisch-depressiven Formenkreis sehen wir ebenfalls im Jahr 1960 die prozentual höchste Verteilung mit 45,5%, 1950 hatten wir 18,2% und 1970 36,4% manisch-depressive Patienten, die durch Suizid verstarben.

Auffallend ist die prozentuale Verteilung innerhalb der neurotischen Erkrankungen. Hier sehen wir ein deutliches Überwiegen im Jahr 1950 mit 70% und eine starke Abnahme dieser Diagnose bis zum Jahr 1970. In diesem Jahr hatten wir 10% neurotische Erkrankungen unter den durch Suizid verstorbenen Patienten. Auch in der prozentualen Verteilung der Diagnosen für das Jahr 1950 sehen wir für die neurotischen Erkrankungen den höchsten Anteil mit insgesamt 38,9%. In diesem Jahr waren die Suchterkrankungen mit 27,8% die zweithäufigste Diagnose innerhalb der durch Suizid verstorbenen Patienten. Die Schizophrenie und der manisch-depressive Formenkreis waren jeweils mit 11,1% gleichhoch verteilt. Im Jahr 1960 hatten wir mit 38,5% den höchsten Anteil an manisch-depressiven Erkrankungen, gefolgt von 30,8% an schizophren Erkrankten innerhalb der Suizidpopulation. Jeweils 15,4% war der Anteil der neurotischen Erkrankung und der organischen Psychosen. Im Jahr 1970 war die manisch-depressive Erkrankung mit 30,8% innerhalb dieses Jahres am höchsten verteilt, an zweiter Stelle standen mit 21,1% die Suchterkrankungen.

Fassen wir alle drei Untersuchungsjahre hinsichtlich der genannten Diagnosen zusammen, so können wir sagen, daß unter allen untersuchten

Patienten, die durch Suizid verstarben, der manisch-depressive Formenkreis mit 25% am Gesamtpatientenkollektiv am höchsten vertreten war, an zweiter Stelle standen die neurotischen Erkrankungen mit 23,7%, gefolgt von den Suchterkrankungen mit 15,9%. Die organischen Psychosen waren durchschnittlich mit 9,1% am Kollektiv der durch Suizid verstorbenen Patienten vertreten.

Eine Übersicht über die Verteilung der Diagnosen im Gesamtkollektiv aller untersuchten Patienten aus den Untersuchungsjahren 1950, 1960 und 1970 in der psychiatrischen Universitätsklinik München zeigt Tabelle 13. In Tabelle 14 wird der Vergleich der Diagnosenverteilung zwischen den Patienten des Gesamtkollektivs und den durch Suizid verstorbenen Patienten dargestellt.

Wir sehen, daß die Zahl der psychogenen Erkrankungen sowohl bei den Suizidpatienten als auch im Gesamtpatientenkollektiv von 1950 bis 1970 abnimmt.

Die Zahl der schizophren Erkrankten nahm in unserem gesamten Patientenkollektiv ebenfalls vom Jahr 1950 bis zum Jahr 1970 ab, während wir bei den Patienten, die durch Suizid verstarben, 1960 eine sehr hohe prozentuale Verteilung der schizophren Erkrankten hatten, nämlich 30,8%, während 1950 11,1% und 1970 7,7% der Schizophrenen durch Suizid verstarben.

Bei den manisch-depressiv Erkrankten haben wir ebenfalls 1960 eine hohe prozentuale Verteilung sowohl im Gesamtkollektiv aller untersuchten Patienten als auch unter der Suizidpopulation, während wir 1950 innerhalb des manisch-depressiven Formenkreises die niedrigste prozentuale Verteilung innerhalb der Diagnosen hatten. Innerhalb der Suchterkrankungen sehen wir von 1950 bis 1970 eine ansteigende Verteilung innerhalb des untersuchten Gesamtkollektivs, während bei den durch Suizid verstorbenen Patienten mit Suchterkrankungen keine ansteigende Verteilung innerhalb der drei Untersuchungsjahre zu verzeichnen ist.

10. Therapie der durch Suizid verstorbenen Patienten

Für die statistische Auswertung wählten wir folgende Therapieeinteilung:

1. Psychopharmaka
2. Elektrokonvulsion
3. Psychopharmaka und Elektrokonvulsion
4. keine Angaben.

"Keine Angaben" bedeutet, daß entweder keine der unter 1 bis 3 genannten Therapien gemacht wurden oder daß keine Angaben zur Therapie aus den Krankenblättern zu entnehmen waren.

Insgesamt wurden 40,9% aller untersuchten Patienten mit Psychopharmaka behandelt, 9,1% mit Elektrokonvulsion, 13,6% mit Psychopharmaka und Elektrokonvulsion, in 36,4% konnten keine Angaben zur Therapie gemacht werden.

Tabelle 15 zeigt die Verteilung der einzelnen Therapien für die drei Untersuchungsjahre 1950, 1960 und 1970. Wir sehen einen deutlichen ANstieg der Psychopharmakatherapie von 1950 bis 1970, Elektrokonvulsion als Therapie erhielten in unserer untersuchten Patientenpopulation lediglich Patienten aus dem Jahr 1950. 1960 sahen wir die höchste prozentuale Verteilung innerhalb der Kombinationstherapie aus Psychopharmaka und Elektrokonvulsion, 1950 haben keine Patienten, die durch Suizid verstarben, diese Kombinations-therapie erhalten, 1970 waren es lediglich 7,7%.

Betrachten wir alle drei Untersuchungsjahre, so können wir sagen, daß unter den drei Therapieformen die Psychopharmakatherapie durchschnittlich mit 40,9% den höchsten Anteil an den Therapieformen hat.

11. Die Häufigkeit der stationären Aufenthalte bei den durch Suizid verstorbenen Patienten

Wir überprüften, wie oft Patienten aus unserer untersuchten Population vor unseren Untersuchungsjahren in der psychiatrischen Universitätsklinik stationär behandelt wurden.

Wie wir in Tabelle 16 sehen, waren 40,9% aller durch Suizid verstorbenen Patienten vorher einmal in stationärer Behandlung gewesen, während 59,1% zwei- oder mehrmals stationär in der psychiatrischen Universitätsklinik München behandelt wurden.

Durchschnittlich für alle drei untersuchten Jahre zeigt sich folgende Verteilung:

40,9% aller durch Suizid verstorbenen Patienten waren vor unserem Untersuchungsjahr einmal in stationärer Behandlung,
25% aller durch Suizid verstorbenen Patienten waren vorher zweimal in stationärer Behandlung,

34,7% aller durch Suizid verstorbenen Patienten waren zuvor dreimal oder mehrmals in stationärer Behandlung gewesen.

Für das Untersuchungsjahr 1970 fällt auf, daß 20% der durch Suizid verstorbenen Patienten mehr als fünfmal zuvor in stationärer Behandlung waren. Für die Jahre 1950 und 1960 waren fünf stationäre Aufenthalte das Häufigkeitsmaximum, während im Jahr 1970 eine relativ hohe Anzahl der durch Suizid verstorbenen Patienten, sechs- bis neunmal, in stationärer Behandlung gewesen waren.

12. Aufenthaltsdauer in der psychiatrischen Universitätsklinik München der durch Suizid verstorbenen Patienten

Die Aufenthaltsdauer haben wir in unserer statistischen Auswertung in Tagen angegeben.

Die stationäre Aufenthaltsdauer war in allen drei untersuchten Jahrgängen relativ kurz. 40,9% aller untersuchten Patienten wurden weniger als 10 Tage in der psychiatrischen Universitätsklinik stationär behandelt, 56,8% kürzer als 20 Tage. 25% waren zwischen 30 und 40 Tagen in stationärer Behandlung, 13,5% waren zwischen 60 und 70 Tagen in stationärer Behandlung gewesen (Tabelle 17).

13. Suiziddrohungen während des stationären Aufenthaltes bei den durch Suizid verstorbenen Patienten

Unsere Ergebnisse zeigen, daß Patienten aus dem Jahr 1950 während ihres stationären Aufenthaltes gegenüber Patienten aus den Jahren 1960 und 1970 häufiger Suiziddrohungen aussprachen.

Auf die geringe Zuverlässigkeit dieses erhobenen Parameters muß eindeutig hingewiesen werden.

14. Vorzeitige stationäre Entlassung auf eigenen Wunsch bei den durch Suizid verstorbenen Patienten

38,6% aller durch Suizid verstorbenen Patienten verließen die stationäre Behandlung vorzeitig auf eigenen Wunsch. Männer überwogen in dieser Population.

Hinsichtlich der Untersuchungsjahre kann gesagt werden, daß im Jahr 1950 66,7% vorzeitig die Klinik auf eigenen Wunsch verließen, 1960 waren es nur 15,4% und 1970 23,1%.

Aus unseren Ergebnissen ergibt sich kein Hinweis darauf, daß Patienten, die vorzeitig die stationäre Behandlung auf eigenen Wunsch verließen, in einer signifikant kürzeren Zeit nach ihrer Entlassung Suizid begangen haben. 38,6% aller durch Suizid verstorbenen Patienten verließen die stationäre Behandlung vorzeitig auf eigenen Wunsch. Davon suizidierten sich 6% nach zwei Wochen nach der vorzeitigen stationären Entlassung, 12% nach vier Wochen und 18% nach zwölf Wochen.

Auffallend war, daß sämtliche Patienten, die während des Klinikaufenthaltes oder zu Hause Suiziddrohungen aussprachen, vorzeitig auf eigenen Wunsch die stationäre Behandlung verließen. Zusammenfassend können wir aus unseren Untersuchungsergebnissen sagen, daß Patienten, die vorzeitig auf eigenen Wunsch die Klinik verlassen, zwar nicht in signifikant hoher Weise unmittelbar nach der Klinikentlassung Suizid begehen, aber eine gefährdete Population hinsichtlich des Suizidrisikos darstellen, da, wie wir gesehen haben, alle Patienten aus dieser Population Suiziddrohungen aussprachen, über 50% früher schon einmal Suizidversuche verübten.

15. Zeitraum nach der stationären Entlassung und dem Suizid bei den durch Suizid verstorbenen Patienten

Wir haben die Zeit zwischen der letzten stationären Entlassung aus der psychiatrischen Universitätsklinik München und dem Suizid in Wochen angegeben. Weiter haben wir unsere Angaben in der statistischen Auswertung eingeteilt in

1. Suizide, die in der ersten, zweiten, dritten usw. Woche nach der letzten Entlassung verübt wurden und
2. eine summarische Auflistung der Suizide, die nach Ablauf der ersten, zweiten, dritten usw. Woche verübt wurden.

Die Tabelle 18 zeigt, daß die frühesten Suizide in der ersten Woche nach der stationären Entlassung verübt wurden. 2,3% des gesamten Patientenkollektivs suizidierten sich in der ersten Woche nach der stationären Entlassung, 6,8% suizidierten sich in der zweiten Woche nach der stationären Entlassung.

Nach vier Wochen haben sich 16% der Patienten suizidiert, nach acht Wochen 23%, nach zwölf Wochen 34,2% und nach 28 Wochen, also nach einem 1/2 Jahr, 46% der untersuchten Patienten suizidiert.

Ein Jahr nach Klinikentlassung waren 59,2% der Patienten durch Suizid verstorben. Innerhalb des zweiten Jahres verstarben weitere 20,5%, nach dem zweiten Jahr waren insgesamt 80% der untersuchten Population durch Suizid verstorben.

Im dritten Jahr nach der stationären Entlassung suizidierten sich 2,3% der Patienten, nach Abschluß des vierten Jahres weitere 2,3%.

11,4% der Patienten suizidierten sich in der 12. Woche, 9,1% zwischen der 44. und 52. Woche.

Mehr als die Hälfte aller durch 5 Jahre katamnestisch untersuchten Patienten suizidierten sich innerhalb des ersten Jahres nach stationärer Entlassung, 46% sogar innerhalb des ersten 1/2 Jahres.

Ein Vergleich der drei Untersuchungsjahre zeigt, daß 4 Wochen nach stationärer Entlassung im Jahr 1950 22,2% der untersuchten Patienten durch Suizid verstarben, im Jahr 1960 suizidierten sich in diesem Zeitraum 15,3% und im Jahr 1970 7,7%.

Nach acht Wochen verstarben im Untersuchungsjahr 1950 28% der Patienten durch Suizid, im gleichen Zeitraum 1960 31% und 1970 7,7%.

Zwischen der 8. bis 12. Woche nach stationärer Entlassung suizidierten sich 1950 11,11% der Patienten, 1970 23%.

Ein Vergleich der drei untersuchten Jahre zeigt weiter, daß für den Zeitraum bis zu vier Wochen nach der Entlassung als auch bis zu 12 Wochen im Jahr 1950 wesentlich mehr Patienten Suizid begangen als im Jahr 1970.

Durchschnittlich verstarben für alle drei untersuchten Jahre innerhalb des ersten Jahres nach stationärer Entlassung 52,3% der Patienten durch Suizid, im zweiten Jahr nach der stationären Entlassung 20,5% der Patienten und im dritten Jahr 18,2% der Patienten durch Suizid.

Weiterhin zeigen unsere Ergebnisse, daß im Jahr 1970 innerhalb acht Wochen nach stationärer Entlassung nur ein Suizid begangen wurde, (in der zweiten Woche), während für die Jahre 1950 und 1960 im gleichen Zeitraum

fünf bis vier Suizide verübt wurden. Ebenfalls wird deutlich, daß im Jahr 1970 die Suizide in einem relativ größeren Zeitraum nach der stationären Entlassung stattfanden im Vergleich zu den Jahren 1950 und 1960.

In der folgenden Diskussion sollen die eigenen Ergebnisse mit den Ergebnissen aus der Literatur verglichen werden und auf die aufgezeigten Probleme näher eingegangen werden.

E. Diskussion der Ergebnisse

1. Probleme der statistischen Datenerfassung bei suizidalen Handlungen und die Probleme der Vergleichbarkeit der Daten

Der größte Teil aller epidemiologischen Arbeiten über Suizide in der Bundesrepublik basiert auf statistischen Erhebungen, aus amtlichen Veröffentlichungen über "festgestellte" Suizide, aus den Todesbescheinigungen der Gesundheitsämter.

Verschwindend klein ist die Anzahl der Arbeiten, die sich mit dem Problem des Zustandekommens oder der Reabilität dieser Zahlen auseinandersetzen.

Im folgenden sollen anhand von Ergebnissen aus der Literatur und eigenen Erfahrungen auf die Schwierigkeiten der Datenerhebung innerhalb der Suizidforschung eingegangen werden und auf das Problem der Vergleichbarkeit der Daten.

Die statistische Erfassung von Suiziden ist in fast allen Ländern eine amtliche. Die Ausstellung der Todesbescheinigung und damit die Entscheidung über einen unnatürlichen Tod, also Suizid als Todesursache, wird in einigen Ländern von Ärzten, in anderen von medizinischen Laien erbracht. Wie schon im Kapitel Epidemiologie darauf hingewiesen wurde, sind die "Kriterien" für einen Suizid amtlicher Art.

STENGEL & FARBEROW (1968) haben nachdrücklich auf die Differenzen in der Feststellung und Dokumentation "suizidalen Daten" in verschiedenen Ländern hingewiesen.

ATKINSON (1975) ließ von 40 wahrscheinlich durch Suizid Verstorbenen nachträglich die Todesursache von 5 dänischen und 4 englischen offiziellen Leichenschauern bewerten. In nur 13 Fällen kamen alle Beurteiler zum gleichen Ergebnis. Die dänischen Laienschauer bescheinigten Suizid als Todesursache häufiger als die englischen.

KOLMOS (1978) untersuchte 1500 Todesfälle retrospektiv an Hand von klinischen Unterlagen, Autopsiebefunden und zum Teil chemischer Analysen. Die Autorin kommt zu folgendem Ergebnis:

In 90% der als "unbestimmte Todesursache" bezeichneten Fällen war Suizid als Todesursache möglich,
in 74% der als "schlecht definierten Todesursache" bezeichneten Fällen war Suizid möglich,
in 10% der als "Unfall" bezeichneten Fälle war Suizid möglich,
in 20% der als "natürliche Todesursache" bezeichneten Fälle war Suizid ebenfalls möglich.

Würden alle nicht als Suizid bezeichneten Todesursachen als Suizid bewertet werden, so würde die Suizidquote nach den Ergebnissen von KOLMOS um 112% höher liegen. Weiter ist aus dieser Arbeit ersichtlich, daß ein Hauptteil der unklaren Suizide nicht die als "Unfälle" bezeichneten Todesursachen ausmachen, sondern die Gruppe, die als "natürliche Todesursachen" bezeichnet wurden.

Auch unter Zuhilfenahme anderer Ergebnisse faßt KOLMOS (1978) zusammen, daß in England etwa 30% bis 50% zu wenig Suizide registriert werden. Diese Ergebnisse stimmen mit Veröffentlichungen anderer Autoren wie beispielsweise DUBLIN (1963), MC CARTHY (1975) und OVENSTONE (1973) überein.

Auch in unserer numerisch kleinen Population fanden wir einen relativ hohen Prozentsatz an sogenannten unklaren Todesfällen.

Auf die mannigfaltigen Faktoren, warum eine suizidale Handlung, ein Suizid, nicht als solcher erkannt oder bewertet wird oder auch bewußt nicht als Suizid in der Todesbescheinigung angegeben wird, kann hier nur hingewiesen werden. MC CARTHY und WALSH (1975) weisen in ihrer Arbeit auf die erheblichen Unterschiede in den Suizidstatistiken und Suiziderhebungen in England hin.

Über die sozialen gerichtlichen Einflüsse und die Art der Suizidmethode sowie des Alters in Abhängigkeit zu Beurteilung einer suizidalen Handlung durch Leichenschauer berichtet die Arbeit von B. WALSH, D. WALSH und WHELAN (1974). Weiter sei auch auf die Arbeiten von BARRACLOUGH (1974), MC CARTHY (1975), SAINSBURY (1968) verwiesen.

Auf die Schwierigkeit retrospektiv erfaßter Daten, sei es aus Krankengeschichten oder sonstigen Informationsquellen, muß im Rahmen der statistischen Datenerhebung hingewiesen werden. In den wenigsten Untersuchungen wird neben den retrospektiv erhobenen Daten eine prospektive Erfassung einer Vergleichsgruppe durchgeführt, um so die retrospektiv gewonnenen Informationen genauer zu beurteilen (BÖHME 1969).

Auch unsere Ergebnisse zeigen, daß ein Großteil der unklaren Suizide nicht als Suizide in Todesbescheinigungen beurteilt und festgestellt wurde.

Bei mindestens 8,5% unserer untersuchten Population ist ein Suizid als sehr wahrscheinlich anzunehmen, obwohl in den Todesbescheinigungen eine andere Todesursache angegeben wurde.

Dazu einige Beispiele: (sh. auch Tabelle 19)

Eine 48-jährige Patientin mit der Diagnose Neurastenie und Medikamentenabusus, mit mehreren Suizidversuchen in der Anamnese, wird lt. Todesbescheinigung zu Hause Tod aufgefunden. Die Todesursache lautet: Herzversagen. Eine Sektion wurde nicht durchgeführt.

Ein 27-jähriger Mann mit der Diagnose endogene Depression, ebenfalls mehrere Suizidversuche in der Anamnese, wird Tod im Oberlinger Forst (bei München) aufgefunden. Die Todesursache lautet: Herz-Kreislaufversagen. Auch in diesem Fall wurde keine Sektion zur Aufklärung der Todesursache durchgeführt.

Ein 65-jähriger Mann mit der Diagnose Envolutionsdepression, ebenfalls mehrere Suizidversuche in der Anamnese, wird zu Hause Tod aufgefunden. Die Todesursache lautet: Verdacht auf Herzinfarkt, Herzinsuffizienz.

Tabelle 19 zeigt eine Zusammenfassung über unsere untersuchten Patienten mit unklaren Todesursachen. Bedenken wir, daß wir es hier mit einem Kollektiv zu tun haben, mit eindeutig erhöhtem Suizidrisiko, so ist ein Suizid als Todesursache bei dieser Population als sehr wahrscheinlich anzunehmen.

Wir bestätigen damit die Ausführungen KOLMOS (1978) und anderer Autoren, daß die tatsächliche Suizidrate wesentlich höher liegen muß.

Es wurde bereits im Abschnitt der Methodik auf die Schwierigkeiten der katamnesticen Datengewinnung hingewiesen. Neben den eben diskutierten Tatsachen, daß die Suizidraten in den amtlichen Statistiken zu niedrig angegeben werden, was nicht nur, wie wir an Hand von Publikationen gesehen haben, ein Problem der Bundesrepublik ist, muß doch aus unseren Erfahrungen hinsichtlich der Erfassung katamnesticer Daten gesagt werden, daß in der Bundesrepublik im Vergleich zu anderen Ländern, eine genauere Katamnese von psychisch Erkrankten sehr schwierig ist. Gerade für die langfristige Betreuung psychisch Kranker, aber auch um Veränderungen des Krankheitsprozesses festzustellen, wären katamnestiche Informationen wesentlich.

In der Literatur werden übereinstimmend immer wieder ähnliche Ergebnisse publiziert, beispielsweise das hohe Suizidrisiko nach stationärer psychiatrischer Behandlung, jedoch sind individuelle Verläufe und Beschreibungen vor allem kurz vor einem Suizidereignis sehr selten.

Zusammenfassend können wir sagen, daß in der gesamten Literatur und den Suizidstatistiken die Suizidraten zu niedrig angegeben werden. Alle Gründe für diese Tatsache gehen in die Richtung "falsch-niedrige Raten". Als wichtigste Gründe können genannt werden:

1. Die Todesbescheinigungen als einziges statistisches Material für Suizide sind in der Bewertung unzuverlässig; die Gründe dafür sind manifold und gehen von bewußter Verschleierung suizidaler Handlungen bis zu einem tatsächlichen Nichterkennen.
2. Die Bewertung eines Suizides ist überwiegend amtlicher Natur, suizidales Verhalten ist schwer objektivierbar.
3. Unfälle oder Intoxikationen sind retrospektiv schwierig als Suizide objektivierbar und wie einige Arbeiten bestätigen, werden beispielsweise suizidale Intoxikationen, die noch intensivmäßig behandelt werden, schließlich aber doch versterben, nicht als Suizide in den Todesbescheinigungen angegeben, sondern mit den klinischen Diagnosen.

4. Die sogenannte Dunkelziffer ist aus gesellschaftlichen, sozialen, versicherungsrechtlichen und anderen Faktoren sehr hoch.

Wir haben über die Problematik der Datenerfassung gesprochen, verbunden damit sind auch die Schwierigkeiten bei der Vergleichbarkeit der einzelnen Erhebungen.

ATKINSON, KESSEL und DALGAARD (1975) haben auf diese Probleme bereits aufmerksam gemacht, die WHO veröffentlichte ebenfalls 1975 eine Arbeit, die weltweit die Suizidstatistiken vergleicht und auf die Probleme der Vergleichbarkeit der Daten eingeht.

In der Diskussion der Suizide innerhalb der psychiatrischen Erkrankungen kommt das Problem der diagnostischen Relevanz oder der klaren Aussage und Beschreibung diagnostischer Syndrome zu diesen Problemen noch hinzu.

Durch die Probleme der statistisch-katamnestischen Datenerhebung bedingt unterscheiden wir zwischen suizidalen Handlungen, die in der Todesbescheinigung als Suizide angegeben wurden und sogenannten "unklaren Suiziden". Unter diesem Begriff subsummierten wir Suizide als Todesursache nach unseren gesammelten katamnestischen Angaben, die in den Todesbescheinigungen nicht als Suizide angegeben wurden, jedoch nicht als suizidale Handlung auszu-schließen ist.

2. Diskussion der Ergebnisse und Vergleiche mit der Literatur

In unserer Untersuchung bemühten wir uns, alle psychiatrisch stationär behandelten Patienten aus den Jahren 1950, 1960 und 1970, die nach stationärer Entlassung in einer Fünfjahreskatamnese durch Suizid verstarben, herauszufinden.

Unter den eindeutigen Suiziden fanden wir bei unserem untersuchten Patientenkollektiv für das Jahr 1950 eine Suizidrate von 2,5%, für das Jahr 1960 eine Suizidrate von 3,1% und für das Jahr 1970 eine Suizidrate von 1,9% (Tabelle 3).

Es muß darauf hingewiesen werden, daß diese Suizidraten sicher eine untere Grenze hinsichtlich der Suizidraten darstellen.

Wie aus Tabelle 3 zu ersehen ist, erhöhen sich die Suizidraten im Jahr 1950 auf 3,4%, im Jahr 1960 auf 4,3% und im Jahr 1970 auf 3,2%, wenn wir die erweiterte "Suizidpopulation" in unsere statistische Auswertung mit einbeziehen.

Ein direkter Vergleich dieser Ergebnisse mit anderen Autoren ist nicht möglich, da die katamnестischen Untersuchungsbedingungen nicht übereinstimmen. So sind beispielsweise die katamnестischen Untersuchungszeiträume bei den Arbeiten, die sich mit dem Suizid nach stationärer Entlassung beschäftigen, verschieden. Wenn wir uns im folgenden auf die Ergebnisse der Arbeiten über Suizid nach stationärer Entlassung beziehen, so vernachlässigen wir die katamnестischen Untersuchungszeitraum der zitierten Arbeiten.

In der Betrachtung der Altersverteilung der durch Suizid verstorbenen Patienten sehen wir einen Gipfel bei den 50-59-jährigen der in unserem Untersuchungszeitraum von 1950 bis 1970 zunimmt. 1950 hatten wir eine Verteilung von 22%, 1960 30,8% und 1970 46,2%.

In der Altersgruppe der 40- bis 49-jährigen sehen wir einen Rückgang des Suizides von 1950 bis 1970, so suizidierten sich in dieser Altersgruppe 1950 22,2%, 1960 15,4% und 1970 nur noch 7,7%.

In der Altersgruppe der 30- bis 39-jährigen sehen wir ein deutliches Anwachsen zwischen 1960 (7,7%) und 1970 (38,5%), (Tabelle 4). Zur Altersverteilung der Suizide in der Bevölkerung der BRD finden wir bei unseren untersuchten Patienten einen Altersgipfel der Suizide zwischen 45 Jahren und 55 Jahre.

In der Altersverteilung stimmen unsere Ergebnisse mit den Arbeiten von FINZEN (1983), MÜLLER (1978), RORSMANN (1974) überein. Das Überwiegen der Suizide im höheren Alter, wie von anderen Autoren, z.B. STENGEL (1969), GARDENER et al (1964) beschrieben, zeigen unsere Ergebnisse nicht. Jedoch muß allgemein auf die Zunahme jüngerer Patienten sowie die Verschiebung suizidaler Handlungen von den Jahren 1950 bis 1970 bei jüngeren Menschen hingewiesen werden. HÖCHTER (1976) hat in seiner Arbeit aufgezeigt, daß der Anteil der jüngeren Patienten am Gesamtanteil aller in der psychiatrischen Universitätsklinik München stationär behandelten Patienten in den letzten Jahren größer wurde.

Im Hinblick auf die Suizidmethode sehen wir, daß bei den älteren Patienten die Suizidmethode des Erhängens überwiegt, was allgemein mit den Ergebnissen der Literatur übereinstimmt, daß nämlich die Ernsthaftigkeit der Suizide im Alter zunehme, was sich auch in der Wahl der Suizidmethode zeigt. Ebenfalls übereinstimmend mit der Literatur sind unsere Ergebnisse, daß bei jüngeren Patienten die Tablettenintoxikation überwiegt.

Bei unseren untersuchten Patienten sehen wir eine Veränderung der Suizidmethode von den sogenannten weichen Methoden zu den harten Methoden in der Altersgruppe um das 50. Lebensjahrzehnt.

Deutlich wurde auch, daß jüngere Patienten häufig früher Suizidversuche verübten, dies ist nicht nur im Hinblick auf die Suizidmethode (Intoxikation) von Bedeutung, sondern zeigt auch, daß diese Altersgruppe nach Suizidversuchen besondere therapeutische Betreuung bedürfen und zwar über einen längeren Zeitraum.

Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung zeigen unsere Ergebnisse

ein Überwiegen der Männer bei suizidalen Handlungen. Zu den gleichen Ergebnissen kamen auch die Autoren MÜLLER (1978), FINZEN (1983), RORSMANN (1973), TEMOCHE et al (1964), JAMES et al (1964), GARDENER (1964).

Bei einigen Autoren war das Verhältnis Frauen zu Männer noch eindeutiger hinsichtlich eines Überwiegens der Männer bei Suiziden.

Bei der Betrachtung der Suizide nach dem Familienstand sehen wir aus unseren Ergebnissen ein deutliches Überwiegen der Verheirateten durch alle 3 Untersuchungsjahre. Allgemein wird in der Literatur ein Überwiegen der Geschiedenen, Ledigen und Alleinstehenden an suizidalen Handlungen angegeben (STENGEL 1969, DURKHEIM 1897, BOLIN et al 1968, NEUMANN 1971).

Die Arbeit von FINZEN (1983) zeigt auch ein Überwiegen der Verheirateten. Wie schon FINZEN (1983) darauf hinwies, sagt der "offizielle" angegebene Familienstand nicht viel über die tatsächliche Lebenssituation aus. In Erweiterung der Bezeichnung Familienstand, der wenig über die tatsächlich soziale Situation aussagt, wird heute der Begriff der "sozialen Isolation" genannt, der eine positive Korrelation zu suizidalen Handlungen zeigt. Jedoch würde nur eine genaue Exploration der Patienten hinsichtlich ihrer sozialen Situation und ihrer Beziehung dazu von Bedeutung für eine differenzierte Angabe hinsichtlich suizidalen Handlungen sein.

Unter den Suizidmethoden war die Intoxikation mit 47,7% in unseren Patientenkollektiven in allen 3 untersuchten Jahren prozentual am höchsten verteilt. Wir sahen auch eine Zunahme der Intoxikation von 1950 bis 1970 (Tabelle 14).

In der Literatur werden vorwiegend harte Methoden als Suizide bei psychiatrischen Patienten gesehen (MÜLLER 1978, FINZEN 1983, NEUMANN 1971, RORSMAN 1973, AUBREY 1974 u.a.).

Unsere Verteilung der Suizidmethoden stimmt jedoch mit der Verteilung der Suizidmethoden innerhalb der Münchener Bevölkerung für unsere untersuchten Jahre überein (Tabelle 10).

Das Erhängen als Suizidmethode ist in der prozentualen Verteilung die zweithäufigste Suizidmethode. Hier sehen wir eine deutliche Abnahme innerhalb der Jahre 1950, 1960 und 1970.

Welche Bedeutung die Wahl der Suizidmethode bei psychisch Erkrankten hat, ist bisher noch wenig diskutiert worden. Wir kennen Arbeiten über die Bedeutung des Sturzes bei schizophrenen Psychosen (DOTZAUER 1963, SCHMIDT 1938, YARDEN 1974, ERICHSEN 1973), ebenfalls die Feststellung, daß vor allem bei schizophrenen Psychosen die Methoden des Verstümmelns oder des Überfahrens häufiger vorkommen. Ob die Bedeutung der Wahl der Suizidmethode bei psychischen Erkrankungen ebenso diskutiert oder bewertet werden kann wie bei Suizidhandlungen der übrigen Bevölkerung, sei dahingestellt, auf die Eigengesetzlichkeit des Krankheitsverlaufes wird immer wieder auch in Bezug auf den Suizid hingewiesen (BÖCKER 1973, JANTZ 1951, SCHÜTTLER 1976). Es wäre auch zu diskutieren, ob die psychiatrischen Erkrankungen in den verschiedenen Krankheitsphasen auch spezielle Suizidmethoden wählen.

Ein Vergleich der Suizidmethoden mit der Münchener Bevölkerung zeigt, daß zwischen 1950 und 1970 die Methoden des Erhängens kaum gesunken ist, während die Verteilung der Tablettenintoxikation von 1950 bis 1960 um mehr als 10% abgefallen ist, während die Methode des Überfahrens in diesem Zeitraum gestiegen ist (Tabelle 9).

Aus diesen statistischen Ergebnissen können wir folgern, daß sich die Suizidmethoden bei gelungenen Suiziden zwischen 1950 und 1970 innerhalb der sogenannten harten Methoden (Erhängen) nicht geändert haben und die Intoxikationen sogar in diesem Zeitraum gesunken sind, was bedeutet, daß das große Ansteigen der Intoxikationen für die Suizidversuche zutreffen muß. Weiter können uns diese Ergebnisse auch über die Bedeutung der Suizidversuche dahingehend unterstützen, daß Suizidversuche primär nicht auf Tötung ausgerichtet sind, ein Tatbestand, der in der Literatur immer wieder erwähnt wird.

Der Vergleich der Suizidmethode in der Münchener Bevölkerung und unseres Patientenkollektivs zeigt auffallend, daß in beiden Populationen 1960 die prozentuale Verteilung des Erhängens höher ist als in den Jahren 1950 und 1970 (Tabelle 10).

In der Diagnosenverteilung zeigen unsere Ergebnisse, daß zwar nur 28,6% der schizophren Erkrankten die Methode des Erhängens wählten, zählt man jedoch den Sturz als weitere harte Suizidmethode hinzu, so suizidierten sich 43% aller schizophren Erkrankten durch sogenannte harte Methoden, was in der Literatur auch einstimmig genannt wird (YARDEN 1974, ERICHSEN 1973, DOTZAUER 1963).

Auch 40% aller manisch-depressiv Erkrankten suizidierten sich durch Erhängen, zusätzlich 10% durch Überfahren.

Bei den neurotischen Erkrankten fanden wir in 55,6% Intoxikationen und 11,1% Gasvergiftungen, was auch aus den Ergebnissen der Literatur zu erwarten war.

Der hohe Anteil der Intoxikationen bei den Suizidmethoden der Alkoholiker ist ebenfalls ein aus der Literatur zu erwartender Wert.

Auf den hohen Anteil früherer Suizidversuche bei Patienten, die sich durch Tablettenintoxikationen suizidierten, sei nochmals hingewiesen.

Unsere Untersuchungen zeigen nicht, daß Patienten mit der Suizidmethode der Intoxikation häufiger in stationärer Behandlung waren als Patienten mit den sogenannten harten Suizidmethoden, wie dies MÜLLER (1978) in ihrer untersuchten Population fand.

Wie aus der Literatur bekannt, suizidierten sich auch in unserer Population mehr Männer als Frauen mit den sogenannten harten Methoden. Auf die Tatsache, daß 61% aller Tablettenintoxikationen ihren Ort des Suizides zu Hause wählten, sei hingewiesen.

Als sehr wesentlich erscheint uns das Ergebnis, daß Patienten, die sich in einem relativ kurzen Zeitraum nach stationärer Entlassung suizidierten, harte Methoden für ihren Suizid wählten. Dies weist ganz eindringlich auf die Gefährlichkeit des Suizidrisikos kurze Zeit nach der stationären Entlassung hin.

Übereinstimmend mit der Literatur (MÜLLER 1978, BOLIN 1968, NEUMANN 1971; RORSMAAN 1973, WILSON 1968) zeigen auch unsere Ergebnisse, daß Suizidversuche bei psychiatrischen Patienten

häufig vorkommen, daß vor allem Patienten mit Suizidversuchen in ihrer Anamnese als Risikopopulation angesehen werden müssen (BANCROF, MARSACH 1977, BUGLASS, HORTON 1974, KOCKOTT et al 1970, MORGAN et al 1976, SIANI et al 1979, ETTLINGER 1975, PINO et al 1975).

Hinsichtlich der Suizidversuche überwiegen in unserem Patientenkollektiv die Frauen.

Die Gefährdung der Geschiedenen und Verwitweten hinsichtlich suizidaler Handlungen weist auf die gefundene Tatsache hin, daß bei diesen zwei Gruppen die dem Suizid vorausgegangene Suizidversuchsrate sehr hoch ist, 100% bei Geschiedenen und 66,7% bei Verwitweten.

Weiter können wir sagen, daß die Häufigkeit der stationären Aufenthalte in einer positiven Korrelation zu vorausgegangenen Suizidversuchen steht (BUGLASS, HORTON 1974, MORGAN et al 1976, PINO et al 1979). 53% aller Patienten, die die Klinik vorzeitig auf eigenen Wunsch verließen, zeigten Suizidversuche in ihrer Anamnese.

Mehr als 50% aller durch Suizid verstorbenen Patienten waren öfter als einmal in stationärer Behandlung, 9,8% sogar sechs- bis neunmal. Ähnliche Ergebnisse zeigt auch die Arbeit von MÜLLER 1978.

Die Aufenthaltsdauer des letzten stationären Aufenthaltes vor dem Suizid zeigt, daß 56,8% der untersuchten Patienten unter 30 Tagen behandelt wurden. Im Vergleich zu den Ergebnissen von FINZEN (1983) und MÜLLER (1978) stellt dies eine relativ kurze stationäre Aufenthaltsdauer dar.

Nur ein kleiner Teil katamnestischer Arbeiten (REIMER(1981) schätzt etwa ein Drittel aller Arbeiten) befaßt sich mit den psychiatrischen Diagnosen. Dabei ist die Auswahl des Patientenkollektivs sehr unterschiedlich, ebenfalls die diagnostische Einteilung und Beschreibung (REIMER 1981, ETTLINGER 1975).

Bisher finden sich nur in der Arbeit von ETTLINGER (1975) Kriterien für eine Diagnoseeinteilung.

Unsere Verteilung der Diagnosen der durch Suizid verstorbenen Patienten stimmen im wesentlichen mit den Ergebnissen der Litera-

tur überein. Auch unsere Angaben zeigen wie bei STENGel (1969), GARDENER (1964), POKORNY (1964), TEMOCHE (1964), MÜLLER (1978), BUGLASS und HORTON (1974), MORGAN et al (1976), PINO et al (1979), POHLMEIER (1978) und RINGEL (1969) ein Überwiegen der endogenen Psychosen bei Suiziden.

In verschiedenen Literaturangaben (z.B. LINDEN 1969, SPÄTHE 1975, NEUMANN 1971, BOLIN 1968, u.a.), werden auch der Anteil der Psychosen am Gesamtkollektiv der Suizide genannt. So gibt LINDEN eine Psychosequote bei Suiziden von 8% bis 15% an, SPÄTHE von 10% bis 20%.

Die Psychosequote bei Suiziden nach stationärer Entlassung wird von GARDENER (1964), NEUMANN (1971), POKORNY (1964), TEMOCHE (1964) und WILSON (1968) zwischen 50% und 60% angegeben.

Eine niedrige Suizidrate innerhalb der neurotischen Erkrankungen fanden GARDENER (1964), NEUMANN (1971), POKORNY (1964), BOLIN (1968) und TEMOCHE (1964), FINZEN (1983) dagegen fand eine hohe Suizidrate bei neurotischen Erkrankungen.

Auf die Gefährdung suizidaler Handlungen bei manisch-depressiv Erkrankten, Alkohol- und Drogensüchtigen weisen BUGLASS und HORTON (1974), FEUERLEIN (1977), HENSELER (1971), MORGAN et al (1976), PINO et al (1979), POHLMEIER (1978) und RINGEL (1969) hin. Diese Autoren sehen auch eine Steigerung des Suizidrisikos bei vorausgegangenen früheren Suizidversuchen.

Die jahreszeitliche Verteilung der Suizide zeigt in Übereinstimmung mit anderen Autoren einen Gipfel im August (MÜLLER 1967, STENGEL 1969, SANBRON et al 1969, BOJANOVSKY 1976).

38,6% aller durch Suizid verstorbenen Patienten verließen die Klinik vorzeitig auf eigenen Wunsch. Mehr als 50% aus diesem Kollektiv verübten früher Suizidversuche, alle Patienten aus dieser Patientenpopulation kündigten ihren Suizid durch Suizid-äußerungen an. In 50% fanden wir suizidgedanken in der Anamnese. Die Angaben zu Suizidankündigungen von Patienten in den vorliegenden Arbeiten sind sehr unterschiedlich. So fand BOLIN (1968) bei 52% seiner Patienten Suizidankündigungen, WILSON (1968)

29%, NEUMANN (1971) 58%, MÜLLER (1978) 19,1% und FINZEN (1983) 19%. Auf die Schwierigkeit der Erfassung dieser anamnestischen Angabe sei hingewiesen, gleichzeitig wird auf die Häufigkeit und damit der suizidprophylaktischen Wichtigkeit der Ankündigung suizidaler Handlungen erinnert. Auch auf die Wertigkeit der Ankündigungen im Hinblick auf die verschiedenen Diagnosen wurde hingewiesen. Wir dürfen nicht vergessen, daß über zwei Drittel aller Suizide, manche Autoren geben sogar 80% an, in irgendeiner Weise angekündigt werden. Leider wird in der Literatur hinsichtlich der Ankündigung suizidaler Handlungen nicht unterschieden zwischen psychotischen und nichtpsychotischen Suiziden.

Hinsichtlich der Häufigkeit der stationären Aufenthalte zeigen unsere Ergebnisse in Übereinstimmung mit der Literatur, daß die meisten Patienten, die durch Suizid verstarben, mehrfach in stationärer Behandlung waren. Dies unterstreicht auch die Bedeutung früherer Suizidversuche hinsichtlich späterer suizidaler Handlungen. Noch nachdrücklicher werden diese Befunde, wenn wir uns vergegenwärtigen, daß alle Patienten mit Suizidversuchen in ihrer Anamnese auch mehrfach stationär behandelt wurden. Es besteht also ein signifikanter Zusammenhang zwischen suizidaler Handlung und Häufigkeit der stationären Behandlung, der dahin gehend interpretiert werden kann, daß Suizidversuche ein ganz ernstzunehmendes Ereignis gerade hinsichtlich einer weiteren Suizidprophylaxe darstellen. Dies bedeutet auch, daß eine therapeutische Betreuung über den stationären Aufenthalt hinaus gehen mußte. FINZEN (1983) und ERNST (1979) wiesen eindringlich darauf hin, daß die Zeit der Entlassung eine besonders hohe Gefährdung hinsichtlich des Suizidrisikos darstellt.

Unsere Ergebnisse zeigen auch, daß die Patienten, die mehrfach stationär behandelt wurden und Suizidversuche in ihrer Anamnese hatten, schließlich eine sogenannte harte Methode für ihren Suizid wählten. Auch RINGEL (1969) wies darauf hin, daß mit zunehmender Zahl der Suizidversuche und stationärer Aufenthalte das Risiko zu einer tödlichen Suizidhandlung ansteigt.

Eines der für die katamnästischen Untersuchungen wichtigsten Parameter ist die Zeit zwischen der stationären Entlassung und dem Suizid. Dabei besteht die Schwierigkeit nicht in der zeitlichen Erfassung, sondern daß wir retrospektiv, aber auch prospektiv wenig Daten über die Zeit zwischen Entlassung und Suizid erhalten können. Alle aus der Literatur gefundenen und diskutierten Daten sprechen davon, daß die Zeit der Entlassung und die Zeit nach der Entlassung hinsichtlich des Suizidrisikos bedeutsam ist. Auch unsere Ergebnisse bestätigen die Daten aus der Literatur, daß der größte Teil der Suizide innerhalb der ersten Woche bis zu einem halben Jahr nach der stationären Entlassung geschehen, (BANCROFT und MARSACK 1977, BÖHME et al 1978, BUGLASS und HORTON 1974, WILSON 1968, RORSMAN 1974, TEMOCHE et al 1964, MC KENNA et al 1975, POKORNY et al 1976, WOLD et al 1973, JAMES et al 1964).

In unserer Untersuchung zeigen sich Unterschiede zwischen den Untersuchungsjahren 1950 und 1970. Im Jahr 1950 suizidierten sich innerhalb vier Wochen nach stationärer Entlassung wesentlich mehr Patienten als im Jahr 1970. Dies gilt auch für den Zeitraum von acht Wochen nach stationärer Entlassung. Dies, so könnte man sagen, wäre ein erfreuliches Ergebnis der Suizidprophylaxe. Die Suizidraten innerhalb sechs bis acht Wochen nach stationärer psychiatrischer Entlassung werden von BOLIN (1968) mit 71% angegeben, bei GARDENER (1964) mit 54%, bei MIDENET (1967) mit 81%, bei MÜLLER (1978) mit 61,9%. Innerhalb der ersten drei Monate nach stationärer Entlassung fanden RORSMAN (1973) 31%, POKORNY (1964) 65%, TEMOCHE (1964) 33% suizidaler Handlungen. FINZEN (1983) nennt 61,9%.

Unsere Ergebnisse zeigen weiter, daß sich alle geschiedenen Patienten in einem sehr kurzen Zeitraum nach stationärer Entlassung suizidierten. Dies können wir als einen Hinweis auf die Risikogruppe hinsichtlich suizidalen Verhaltens bei Geschiedenen werten. (BOJANOVSKY 1977, BOJANOVSKY 1976).

In der Betrachtung der Diagnosen zeigen unsere Ergebnisse, daß Suizide bald nach stationärer Entlassung vor allem von neurotisch Erkrankten, Suchterkrankten und manisch-depressiven Erkrankten vollzogen werden. Dies fanden ebenfalls BUGLASS und HORTON

(1974), HENSELER (1971), MORGAN et al (1976), PINO et al (1979), und RINGEL (1969).

Patienten mit früheren Suizidversuchen in ihrer Anamnese suizidierten sich relativ bald nach stationärer Entlassung im Vergleich zu den Patienten, die vorher keine Suizidversuche verübten. Diese Ergebnisse fanden auch BUGLASS und HORTON (1974), GREER und BAGLEY (1971), PINO et al (1979), SIANI et al (1979), ETTLINGER (1975), BANCROFT und MARSACK (1977).

Vergleicht man die Suizidrate während der stationären Behandlung mit der Suizidrate nach stationärer Entlassung, so kann man auch auf Grund der Ergebnisse aus der Literatur sagen, daß die Suizidrate nach stationärer Entlassung etwa 6mal höher ist als zur Zeit der stationären psychiatrischen Behandlung (FINZEN 1983).

In unserem Bemühen, einen Beitrag zur Suizidprophylaxe zu leisten, konnten wir schon bekannte Daten hinsichtlich suizidaler Handlungen bestätigen, auf verschiedene Suizidgefährdungen und Risikokonstellationen hinweisen. Wir berichteten über die Schwierigkeiten der Datengewinnung bei katamnestischen Arbeiten und wiesen auf die problematische "amtliche" Feststellung und Erfahrung der Suizide hin.

In Erinnerung eines Ausspruchs von Prof. Bumke, einem früheren Direktor dieser Klinik, "ein echter Dichter bereichert die Psychopathologie mehr als 100 Laboratorien und 1000 Gelehrte", kamen wir zu der tiefen Überzeugung, daß für eine Suizidprophylaxe sowohl fachliche Kompetenz aber auch die menschliche Zuwendung von entscheidender Bedeutung sind. In diesem Sinne sei abschließend an die tertiäre, sekundäre und primäre Suizidprophylaxe im Sinne Erwin Ringels (1982) hingewiesen, denn wie Farberow richtig sagte, ist es nicht unsere primäre Aufgabe, Ziffern zu senken, sondern Gefährdeten zu helfen. Unsere Stärke muß die dargebotene Hand sein.

T A B E L L E N

=====

Tab. Nr. 1

Übersicht über das Gesamtkollektiv der untersuchten Patienten der psychiatrischen Universitätsklinik München für die Jahre 1950, 1960 und 1970

Untersuchungsjahr	1950	1960	1970
	n	n	n

Gesamtzahl der stationären Patienten	5515	3149	3164
--------------------------------------	------	------	------

davon

Patienten mit Wohnort München	2634	1166	1130
-------------------------------	------	------	------

davon

Gesamtzahl der untersuchten psychiatrischen Patienten	732	421	696
---	-----	-----	-----

Tabelle 2

Übersicht über die untersuchten psychiatrischen Patienten, die innerhalb von fünf Jahren nach der stationären Entlassung aus der psychiatrischen Universitätsklinik München verstarben oder durch Suizid verstarben

Untersuchungsjahr	1950 n	1960 n	1970 n
Gesamtzahl der untersuchten psychiatrischen Patienten mit Hauptwohnsitz München	732	421	696
davon			
Anzahl der Patienten, die innerhalb von 5 Jahren nach stationärer Entlassung verstarben	84	40	64
davon			
Anzahl der Patienten, die durch Suizid verstarben	18	13	13

Tabelle 3

Darstellung der erweiterten Suizidpopulation in den Katamnesezeiträumen

Untersuchungsjahr	1950		1960		1970	
	n	%	n	%	n	%
Gesamtzahl der untersuchten psychiatrischen Patienten	732		421		696	
innerhalb von 5 Jahren nach stationärer Entlassung verstorben	84	11,4	40	10	64	9,2
innerhalb von 5 Jahren nach stationärer Entlassung durch Suizid verstorben	18	2,5	13	3,1	13	1,9
unklare Fälle, Suizid als Todesursache möglich	4	0,5	3	0,7	7	1,0
Suizide des Untersuchungskollektivs innerhalb von 5 Jahren registriert im BKH Haar	3	0,4	2	0,5	2	0,3
Gesamtsuizide innerhalb von 5 Jahren nach stationärer Entlassung	25	3,4	18	4,3	22	3,2

Tabelle 4

Altersverteilung der psychiatrischen Patienten, die innerhalb von fünf Jahren nach stationärer Entlassung durch Suizid verstarben

Untersuchungsjahr	1950		1960		1970	
	n	%	n	%	n	%
Alter						
unter 20	1	5,6				
20 - 29	4	22,2	3	23,1	1	7,7
30 - 39	2	11,1	1	7,7	5	38,5
40 - 49	4	22,2	2	15,4	1	7,7
50 - 59	4	22,2	4	30,8	6	46,2
über 60	3	16,7	3	23,1		
Gesamtzahl	18	100	13	100	13	100

Tabelle 5

Vergleich der Geschlechtsverteilung des untersuchten Gesamtkollektivs und der Durch Suizid
verstorbenen Patienten innerhalb der 5-Jahreskatamnese

Untersuchungsjahr	1950		1960		1970	
	n	%	n	%	n	%
Gesamtzahl der untersuchten psychiatrischen Patienten	732		421		696	
davon männlich	294	40,2	196	46,6	332	47,7
davon weiblich	438	49,8	225	53,4	364	52,3
Anzahl der Suizide	18		13		13	
davon männlich	15	83,3	5	38,5	6	46,2
davon weiblich	3	16,7	8	61,5	7	53,8

Tabelle 6

Verteilung nach Familienstand bei Patienten, die innerhalb von fünf Jahren nach stationärer Entlassung durch Suizid verstarben

Untersuchungsjahr	1950		1960		1970	
	n	%	n	%	n	%
Ledig	3	17	4	31,0	6	46,2
verheiratet	14	78,0	8	62,0	3	23,0
geschieden	1	5,0	1	7,0	1	7,8
verwitwet					3	23,0
Gesamt	18	100,0	13	100,0	13	100,0

Tabelle 7

Die Verteilung früherer Suizidversuche bei den psychiatrischen Patienten, die nach stationärer Entlassung innerhalb der 5-Jahreskatamnese durch Suizid verstarben

Untersuchungsjahr	1950 %	1960 %	1970 %
keinen Suizidversuch	44,4	84,6	69,2
einen Suizidversuch	38,9	15,4	15,4
zwei oder mehrere Suizidversuche	16,7	---	15,4
	100	100	100
Gesamtsuizidversuche nach Jahren	55,6	15,4	30,8

Tabelle 8

Die Suizidmethoden der psychiatrischen Patienten, die nach stationärer Entlassung innerhalb der 5-Jahreskatamnese durch Suizid verstarben

Untersuchungsjahr	1950 %	1960 %	1970 %	Gesamt %
Erhängen	27,8	38,5	7,7	25,0
Vergiften, Tabletten	50	30,8	61,5	47,7
Gas	11,1	15,4	---	9,1
Sturz	5,6	---	15,4	6,8
Überfahren	---	7,7	7,7	4,5
Verstümmeln	---	7,7	---	2,3
Andere	5,6	---	7,7	4,5

	100	100	100	100

Tabelle 9

Suizidmethoden der Suizide in der Münchener Bevölkerung für die untersuchten
5-Jahres-Katamnesezeiträume

Untersuchungsjahr	1950 %	1960 %	1970 %
Erhängen	25	27,4	23
Intoxikation (Tabletten)	57,4	40,4	41,2
Überfahren	3,1	5,1	4,3
andere Suizidmethoden	14,5	27,1	31,5
	100	100	100

Anm.: %-Angaben sind Durchschnittswerte für den jeweiligen 5-Jahreszeitraum

Tabelle 10

Vergleich der Suizidmethoden bei den untersuchten psychiatrischen Patienten und der Suizide in der Münchener Bevölkerung für die 3 untersuchten 5-Jahreskatamnesen

	psychiatrische Patienten %	Münchener Bevölkerung %
Erhängen	25	25,3
Tablettenintoxikation, Vergiften	47,7	45,4
Überfahren	4,5	4,3

Anm: Die %Angaben sind für beide Populationen Durchschnittswerte.

Tabelle 11

Verteilung der Diagnosen innerhalb der Untersuchungsjahre bei den psychiatrischen Patienten, die innerhalb von 5 Jahren nach stationärer Entlassung durch Suizid verstarben

Untersuchungsjahr	1950	1960	1970	%
Schizophrenie	28,6	57,1	14,3	100
manisch-depressiver Formenkreis	18,2	45,5	36,4	100
Neurosen	70	20	10	100
Suchterkrankungen	62,5	---	37,5	100
andere, keine Angaben	25	50	25	100
organische Psychosen	25	---	75	100

Tabelle 12

Verteilung der Diagnosen innerhalb der Untersuchungsjahre bei Patienten, die innerhalb von fünf Jahren nach stationärer Entlassung durch Suizid verstarben

	1950	1960	1970
	%	%	%
Schizophrenie	11,1	30,8	7,7
manisch-depressiver Formenkreis	11,1	38,5	30,8
Neurosen	38,9	15,4	7,7
Suchterkrankungen	27,3	---	23,1
Andere, keine Angaben	5,6	---	23,1
(organische) Psychosen	5,6	15,4	7,7
	100	100	100

Tabelle 13.

Die Verteilung der Diagnosen im Gesamtkollektiv der untersuchten Patienten

Untersuchungsjahr	1950		1960		1970	
	n	%	n	%	n	%
Schizophrenie	169	23,5	65	15,4	90	13
manisch-depressiver Formenkreis	97	13,5	154	36,6	147	21,1
Neurosen	196	27	53	12,6	173	24,9
Sucht	50	7	33	7,9	82	11,8
organische Psychosen	40	5,5	16	3,9	50	7,2
Diagnosen: 1-6, 10, 11 *	93	13	51	12,1	55	7,9
Diagnosen: 12, 13, 20, 21 *	75	10,4	48	11,4	99	14,2

* Diagnosenschema mod. nach R. Jung

Tabelle 14

Vergleich der Diagnosenverteilung zwischen den Patienten des Gesamtkollektivs und den durch Suizid verstorbenen Patienten innerhalb der 5-Jahreskatamnese

Untersuchungsjahr	1950		1960		1970	
	GK %	SP %	GK %	SP %	GK %	SP %
Schizophrenie	23,5	11,1	15,4	30,8	13	7,7
manisch-depressiver Formenkreis	13,5	11,1	36,6	38,5	21,1	30,8
Neurosen	27	38,4	12,6	15,4	24,9	7,7
Suchterkrankungen	7	27,8	7,9	---	11,8	23,1
Andere, keine Angabe	23,5	5,6	23,6	---	22	23,1
organische Psychosen	5,5	5,6	3,9	15,4	7,2	7,7
	100	100	100	100	100	100

GK = Gesamtkollektiv aller untersuchten Patienten

SP = Patienten durch Suizid verstorben

Tabelle 15

Die Therapie bei den psychiatrischen Patienten, die nach stationärer Entlassung innerhalb der 5-Jahreskalamesse durch Suizid verstarben

Untersuchungsjahr	1950 %	1960 %	1970 %
Psychofarmaka	16,7	46,2	69,2
Elektrokonvulsion	22,2	—	—
Psychofarmaka und Elektrokonvulsion	—	38,5	7,7
keine Angaben	61,1	15,4	23,1
	100	100	100

Tabelle 16

Die Häufigkeit der stationären Aufenthalte bei den psychiatrischen Patienten, die nach stationärer Entlassung durch Suizid verstarben in Prozentangabe für die Untersuchungsjahre 1950, 1960 und 1970

Untersuchungsjahr	1950	1960	1970	%-Angabe nach der Häufigkeit stationärer Aufenthalte
Häufigkeit				
1	50	53,8	15,4	40,9
2	27,8	15,4	30,8	25
3	16,7	7,7	15,4	13,6
4	---	7,7	7,7	4,5
5	5,5	15,4	---	6,8
6 - 9	---	---	20,8	9,8

	100	100	100	100

Tabelle 17

Darstellung der Aufenthaltsdauer in der psychiatrischen Universitätsklinik München bei den untersuchten Patienten, die innerhalb der 5-Jahreskatamnese durch Suizid verstarben

Untersuchungsjahr	1959		1960		1961		Gesamtzahl
	Stück	%	Stück	%	Stück	%	
1 - 9	50		30,2		32,5		40,9
10 - 19	16,1		1,4		1,4		15,9
30 - 39	5,6		30,2		—		11,4
40 - 49	16,1		1,1		1,4		13,6
50 - 59	—		—		1,4		4,5
60 - 69	5,6		—		1,1		4,5
über 70	5,6		1,4		1,1		9,1
	160		100		100		100

Tabelle 18

Der Zeitraum zwischen letzter stationärer Behandlung in der psychiatrischen Universitätsklinik München und dem Suizid innerhalb der 5-Jahreskatamnese

Woche(n) nach stationärer Entlassung	%-Verteilung des Suizids für die angegebene Woche	%-Angabe für die Suizide die <u>nach</u> genannter Woche vollzogen wurden
1	2,3	2,3
2	6,8	9,1
4	4,5	16
8	2,3	23
12	11,4	34,2
28	6,8	46
52	9,1	50,2
104	20,5	80
156	2,3	87
156	15,9	98
208	2,3	100

Tabelle 19

Übersicht über die untersuchten Patienten der Universitätsklinik München, die in unseren Untersuchungszeiträumen verstorben sind, jedoch "unklare" Todesursachen hatten

Diagnose	Alter	Geschlecht	frühere Suizid- versuche	Todesort*)	Todesursache*)
endogene Depression	29	m	++	zu Hause	Herz-Kreislauf- versagen
Schizophrenie	44	m	+	zu Hause	keine Angabe
Schizophrenie	33	m	-	Privattransport	keine Angabe
Alkoholismus	63	m	+	Privattransport	keine Angabe
endogene Depression	27	m	++	Oberlinger Forst	Herz-Kreislauf- versagen
Involutionsdepression	65	m	++	zu Hause	V.a. Herzinfarkt Herzinsuffizienz
Neurasthenie Medikamentenabusus	48	w	++	zu Hause	tot aufgefunden Herzversagen
Schizophrenie endogene Depression	52	w	++	Privattransport	Herzversagen
Manie	75	m	+	Privattransport	keine Angabe
Schizophrenie	55	w	+	Privattransport	keine Angabe
Cerebropalsklerose org. Psychosyndrom	70	w	+	Privattransport	keine Angabe
Alkoholismus	50	m	+	zu Hause	Herz-Kreislaufver- sagen tot aufgefunden
endogene Depression	42	w	++	zu Hause	Herz-Kreislaufver- sagen
endogene Depression	55	w	+	zu Hause	Hirneinfarkt

*) Angaben aus den Todesbescheinigungen

Literaturverzeichnis

1. ACHTE, K.A.: Suizidalität und Suizidverhütung
MMW, 117, 1975
2. ACHTE, K.A.: On suicide committed during treatment in
psychiatric hospitals
Acta.Scand.psychiat., 42, 1966
3. ACHTE, K.A.: Der Verlauf der Schizophrenien und der
Schizophrenieformen Psychosen
Acta.Psych. et Neurol.Scand.,155, 1961
4. ACHTE, K.A.: Über Suizidverhütung in Finnland
Therapiewoche 28, 1972
5. ADLER, A.: Wozu leben wir?
Fischer 1979
6. ALSEN, V.: Selbstmord und Selbstmordversuch in der Klinik
Zentralblatt für die ges. Neurologie und Psychiatrie,
196,1, 1969
7. ALSTRÖM, C.H.: Mortality in mental hospitals with respecial
regard to tuberculosis
Acta.psychiat.Scand.Suppl., 24, 1942
8. AMBRUMOVA, A.G.: Die Verläufe der Schizophrenie nach
längeren Katamnesen, in Kirow, Kamenow, Ursachen und
Motive des Selbstmordes bei Schizophrenen
Nervenarzt,45, 1974
9. ANGST, J. und FREY, R.: Die Prognosen endogener
Depressionen jenseits des 40. Lebensjahres
Nervenarzt,48, 1977

10. ANGST, J.: Zur Ätiologie und Nosologie endogen depressiver Psychosen
Springer, 1966
11. ATKINSON MW; Kessel N., Dalgaard Jb.: The Comparability of Suicides Rates
BR.J.Psychiat., 127, 1975
12. AUBRY, H.: La Fréquence du Suicide Tardif chez les anciens Patients Psychiatriques
Schweiz. ARCH Neurol.Neurochir.Psychiat.,114, 1974
13. AVERY, David MD, WINOKUR, George MD.: Mortality in Depressed Patients
Treated With Electroconvulsive Therapy and Antidepressants
Arch.Gen.Psychiat. Vol 33, 1976
14. AYD, F.J.: Suicide, a hazard in depression
J.Neuropsychiat., 2,52, 1961
15. BAGLEY, C.: The evaluation of a suicide prevention scheme by an ecological method.
SocSci Med., 2, 1968
16. BALASZESKUL, F.: Suizidverhütung in der Telefonseelsorge
MMW 117, 1975
17. BANCROFT, J., MARSACK, P.: The repetitiveness of self-poisoning and self-injury
Br.J.Psychiat. 131, 1977
18. BANEN, D.M.: Suicide by Psychotics
J.Nerv.Ment.Dis. 120, 3, 1954
19. BARRACLOUGH, B; BUNCH,J.; NELSON,B; SAINSBURY,P.: A HUNDRED CASES OF SUICIDE; CLINICAL ASPECTS
BR.J.Psychiat. 125, 1974

- 20a. BARRACLOUGH, BM.; JENNINGS,C.; MOSS,JR.:
Suicide prevention by the Samaritans: A controlled
study of effectiveness.
Lancet 2, 1977
- 20b. BARRACLOUGH, B.: The effect that coroners have on the suicidrate
and the open verdict rate
P.E. 25, 1974
21. BATTEGAY,R.: Selbstmordprophylaxe bei Süchtigen
Soz. Präventivmed.10, 1965
22. BAULER, J.C.: Der suizidale Patient und die Telefon-
seelsorge
Z.f.A.,8, 1980
23. BAYREUTHER, H.: Über die Bedeutung der Umweltbedingungen
für den Selbstmord
Arch.Psychiat.Nervenkr. 199, 1959
24. BEAN, Ph.: Patterns of Self-poisoning
Br.J.Prev.Soc.Med. 28, 1974
25. BECHER, F.: Selbstmord im Jugendalter
Med.Klin. 60, 1965
26. BECK, R.W. und MORRIS, J.B.: Moral Attitude and
Suicidal Behavior
Psychol.Rep. 34, 1974
27. BECK, A.T.; LESTER, D.; ALBERT, N.: Suicidal Wishes
and Symptoms of Depression
Psychol.Rep. 33,770, 1973
28. BEISSER; BLANCHETTE: A Study of Suicides in a
mental hospital
Dis.Nerv.Syst. 22, 1961

29. BERNER, P.; SONNECK, G.: Psychotische Suizidhandlungen
MMW 117, 1975
30. BIENER, K.: Selbstmordprobleme Strafgefangener
Psych.Praxis 4, 1977
31. BIENER, K.: Epidemiologie des Selbstmordes
Bayr. Ärzteblatt 24, 1969
32. BIENER, K. und ROSCHEWSKI, L.: Selbstmordwertung durch
berufstätige Frauen; Repräsentationsstudie
Nervenarzt 51, 1980
33. BIENER, K.: Drogen- und Selbstmordwertung
Nervenarzt 47, 1976
34. BIENER, K.; BURGER, C.: Selbstmordversuche und
Abschiedsbriefe Jugendlicher
SOZ.PRAEVENTIVMED 20, 1975
35. BIENER, K. und BÜCKERT, A.: Selbstmordprobleme im
Urteil von Jugendlichen und Erziehern
Nervenarzt 44, 1973
36. BLEULER, E.: Lehrbuch der Psychiatrie
Springer, Berlin 1975
37. BOCHNIK, H.J.: Zur statistischen Phänomenologie des
Selbstmordes
Zbl.Neurol.Psychiat., 196 Heft 1, 1969
38. BÖCKER, F.: Klinische Maßstäbe zur Wertung eines
Suizidversuches
Zentralblatt Neurologie, Heft 1, 1969
39. BÖCKER, F.: Suizidprophylaxe in der ärztlichen Praxis
Therapiewoche 29, 1972

40. BÖCKER, F.: Suizidhandlungen alter Menschen
MMW 117, 1975
41. BÖCKER, F.: Klinische Maßstäbe zur Wertung eines
Suizidversuches
Zentralblatt für die ges. Neurologie und Psychiatrie
196, 1969
42. BÖCKER, F.: Suizidprophylaxe in der ärztl. Praxis
Med. Welt 28: 229-232, 1977
43. BÖCKER, F.: Über die Veränderungen der Selbstmordkurven
in verschiedenen Bevölkerungsgruppen
Nervenarzt 43,574, 1972
44. BÖCKER, F.: Suizide und Suizidversuche
Thieme, Stuttgart, 1973
45. BÖCKER, HEITMANN, STUMPTE: Untersuchungen zum
Selbstmordproblem
Neurol. Psychiat. 7, 38.Jhr, 1970
46. BÖCKER, F.: Jedes Jahr 13000 Tote. Selbstmordver-
hütung - ein dringendes Problem
Medizin 5, 1977
47. BÖCKER, F.: Suizide und Suizidversuche in der Großstadt,
dargestellt am Beispiel der Stadt Köln
Thieme, Stuttgart 1973
48. BÖCKER, F.: Über den Einfluß der Religionszugehörigkeit
auf Suizid und Suizidversuche
Med. Welt, 22, 1971
49. BOENING, J.: Suizid und Suizidversuche aus Psychiatrischer
Sicht
SCHWEST.REV, 14, 1976

50. BÖHME, K.: Suizidalität aus der Sicht des klinischen Psychiaters
ZfA 8, 1980
51. BÖHME, K.: Problematik der retrospektiven Auswertung von Suizidkrankenblättern
Zentralblatt Neurologie 1, 1969
52. BÖHME, K.: Zur praktischen Versorgung von Suizidanten
Nervenarzt 3, 1980
53. BOEHME, K.: Sozialtherapie bei Suizidalität
Neurol.Psychiat. (Bucur) 6, 1980
54. BOEHME, K.; DITTBRENNER, M.: Mittel und Methoden bei Selbstmordversuchen
Nervenarzt 47, 1976
55. BÖHME, K. et al: Suizidversuche in Lübeck 1947 - 1968
Fortschr.d.Neurolg.Psychiat. 10, 1944
56. BÖHME, K.; KULESSA, C.; REIMER, C.: Suizidenten-Nachbetreuung
Dtsch.Ärztebl. 75, 1978
57. BÖHME, K.: Selbstmordverhütung: Wissenschaft oder Caritas
in Suizid, Springer (Hrsg.Reimer), Berlin, 1981
58. BÖHME, K.: Suizidalität als psychiatrische Aufgabe im Spannungsfeld geistesgeschichtlicher Strömungen
Nervenarzt 50, 1979
59. BOJANOVSKY, J.: Geographische Verteilung der Selbstmordrate in der BRD
FdM, 27, 1977

60. BOJANOVSKY, J.: Der Suizid und das depressive Syndrom
Therapiewoche 29, 1972
61. BOJANOVSKY, J.: Mortalität und Morbiolität bei
Verwitweten
FdM 9,95, 1977
62. BOJANOVSKY, J.; BOJANOVSKY, A.: Zur Risikozeit
des Selbstmordes bei Geschiedenen und Verwitweten
Nervenarzt 47, 1976
63. BOJANOVSKY, J.: Ehepartnerverlust als Risikofaktor
für den Selbstmord
in Suizid,(Hrsg.Reimer), Springer, Berlin, 1981
64. BOLIN, et al: Survey of Suicide among Patients an
Home Leave from a Mental hospital
Psychiat.Quart., 42, 1968
65. BONK, K.: Selbstmord und Alkohol
Inaug Diss. 1973
66. BOOR, D.: Neuere Arbeiten über die Psychologie und
Psychopathologie der Selbstmorde und der Selbst-
beschädigung
Fortsch.Neurol.Psychiat.17, 1949
67. BOTTKE, W.: Die Beurteilung von Suizid, Suizidversuch
und Suizidbeteiligung durch die strafrechtliche
Rechtssprechung
in Suizid (Hrsg.Reimer), Springer, Berlin, 1981
68. BRÄUTIGAM, W.: Psychotherapie der Depression
in Hippus, Das depressive Syndrom, München 1969

69. BRÄUTIGAM, W.: Reaktionen, Neurosen, Psychopathien
Thieme, Stuttgart, 1968
70. BRINKMANN, R.: Untersuchung zur Persönlichkeit und
sozialen Stellung von Alkoholikern nach Suizid-
versuchen
Med. Diss., München, 1973
72. BRON, B.: Suizidale Entwicklung bei jungen Menschen
in der heutigen Zeit
Sonderdruck (noch nicht veröffentlicht)
73. BRON, B.: Suizidversuche bei jungen Menschen
Fortschritte d.Neurol.Psychiat.,44, 1976
74. BRON, B.: Der Suizidale Patient
FdM 99, 1981
75. BROWN, JH.: Reporting of Suicide: CANADIAN STATISTICS
Suicide 5, 1975
76. BUGLASS, D.; HORTON, J.: The repetition of parasuicide:
a comparison of three cohorts
Br.J.Psychiat., 125, 1974 a
77. BUGLASS, D.; HORTON, J.: A scale for predicting sub-
sequent suicidal behaviour
Br.J.Psychiat., 124, 1974 b
78. CANCRO: Suizide bei Schizophrenen; Annual Meeting der
Am.Ass. of Suicidologi, 1982, Selecta 8, 1983
79. CHAPMAN, R.F.: Suicide during psychiatric hospitalisation
Bulletin Menninger clinic 29, 1965

80. CHOWDHURY, N.; HICKS, RC.; KREITMANN, N.: Evaluation of an after-care service for parasuicide (at-tempted suicide) patients
Soc.Psychiat.8:67 - 81, 1973
81. CIOMPI, L.: Etude comparative de la mortalite a long terme dans des maladies mentales
Arch.suisse de Neuro.Neuroch.et Psych. Val 118, 1976
82. CIOMPI, L.: Late Suicide in Former Mental Patients
Psych. clin. 9, 1976
83. CIOMPI, L.: Mortalite et causes de deces chez les alcooliques
Psychiatrie sociale, 4/4, 1969
84. CIOMPI et MEDWECKA: Mortalite comparative dans les maladies mentales
Schweizer Arch.Neurol.Psychiat.118, 1976
85. CIOMPI, L.: Depression et vieillesse - Etudes catamnesques sur le vieillissement et la mortalite de 555 anciens patients depressifs
Berne, H. Huber, 1969
86. CIOMPI, L.; MUELLER, C.: Lebensweg und Alter der Schizophrenen, eine katamnestische Langzeitstudie bis ins Senium
Monogr. Gesamtg.Psychiatr.(Berlin),12, 1976
87. COHEN et al: Tranquillizers and Suicide in the Schizophrenic patient
Arch. of General.Psychiat.,11, 1964
88. CONTE, H.R.; PLUTCHIK, R.: Personality and Background Characteristics of Suicidal Mental Patients
J.Psychiat.Res. 10, 1974

89. COPAS et al: Danger periods for suicide in patients under-treatment
Psychol.Med. 5, 1971
90. COX, P.R. und FORD;J.: The Mortality of widows shortly after widowhood
Lancet, 1964
91. DAHLDRÉN; K.G.: Attempted Suicides - 35 Years afterword
Suicide, 1977
92. DANNEEL, R.: Jahreszeitliche bedingte Unterschiede der Selbstmordhäufigkeit bei jungen und alten Menschen
Arch.Psychiat.Nervenkr., 221, 1975
93. DECKE; D.: Dispensaire - Betreuung suizidgefährdeter Menschen der zweiten Lebenshälfte
Psychiat.Neurol.Med.Psychol.,(LEIPZ),27, 1975
94. DETTMERING; P.: Der Suizid in der Dichtung
in Suizid (Hrsg.Reimer), Springer, Berlin 1981
95. DIEKSTRA, R.: The PREDICTABILITY of Suicidal Acts:
The results of a meta-analysis of published Studies;
(bisher unveröffentlicht), 1984
96. DONALDSON; A.: Stat. Erhebungen an 3000 Fällen von vollendeten und versuchten Selbstmord
Mtschr.Psychol.Neurol., 69, 1928
97. DORPAT, T.L. und BOSWELL, J.W.: An Evolution of Suicidal Intent in Suicide Attempts.
Compr.Psychiat., 4, 1963
98. DORPAT; T.L. und RIPLEY, H.S.: The Relationship between Attempted Suicide and Committed Suicide
Compr.Psychiat. 8, 1967

99. DOTZAUER, G.; BERGHAUS, G.: Der Suizid in der Abgrenzung gegen Unfall und Tötung
in Suizid (Hrsg. Reimer), Springer, Berlin, 1981
100. DOTZAUER, G.: Selbstmord und Selbstmordversuche
MMW, 105, 1963
101. DREHER, et al.: Gedanken zur Suizidalität im Psychiatrischen Krankenhaus
Suicidprophylaxe Heft 2, 1982
102. DREITZEL, H.-P.: Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft
Stuttgart 1972
103. DREYER, K.: Comparative suicide statistics,
Danish Medical Bulletin, Copenhagen, 6, 1959
104. DUBITSCHER, F.: Lebensschwierigkeiten und Selbsttötung
Thieme, Stuttgart, 1982
105. DUBITSCHER, F.: Der Suicid
Stuttgart 1957
106. DUBLIN, L.J.: Suicide, a sociological and statistical Study
The Ronald Press 1963
107. DURKHEIM, E.: Der Selbstmord
Luchterhand 32, 1973
108. DYKES, M. und Mc GHIRE, A.: A comparative Study of Attentional Strategies of Schizophrenie and highly creative normal subjects
Brit.J.Psych., 128, 1976

109. EASTWOOD, W.: Suicide, Diagnosis and Age
Suicide, 1975
110. EGGERS,: Todesgedanken, Suizide und Suizidversuche im
Verlauf kindlicher Schizophrenien
Nervenarzt, 45, 1974
111. ERICHSEN,: Die Bedeutung des suizidalen Absturzes bei
Schizophrenen
Arch.Psych.Nerv., 217, 1973
112. ERIKSON, E.: Identität und Lebenszyclus
Frankfurt, 1974
113. ERNST; K.: Die Zunahme der Suizide in Psychiatrischen
Kliniken
Soz. Präventivmed. 24, 1979
114. ERNST,K.; KERN, R.: Suicidstatistik und freiheitliche
Klinikbehandlung 1900 - 1972
Arch.Psychiat.Nervenkr. 219, 1974
115. ETTLINGER, R.: Evoluation of suicide prevention after
attempted suicide
Acta.Psychiat.Scand., (Suppl), 260, 1975
116. ETTLINGER,R.: Suicides in a group of patients who had
previously attempted suicide
Acta.Psych.Scand. 1964
117. ETTLINGER, R.W.; FLORDH,P.: Attempted Suicide
Acta.Psychiat.Neurol.Scand.Suppl,103, 5-20, 1955
118. FAHY, T.J.: Depression in Hospital and in General
Practice: A direct Clinical Comparsion
BR.J.Psychiat. 124, 1974

119. FARBEROW, N.L. und SCHNEIDMAN, E.S.: The Cry for Help
McGraw-Hill, New York, 1961
120. FARBEROW, N.L.: Personality Patterns of suicidal Mental
Hospital Patients
Genet.Psychol.Monogr. 42, 1950
122. FARBEROW et al: An eighty-year survey of Hospital Suicides
Life-THREATENING Beh.,1,3, 1971
123. FAUST, V.: Zur Symptomatik psych. Kranker
ZfA 53, Heft 24, 1977
124. FEUERLEIN, W.: Selbstmord und Selbstmordversuch
Med.Klin. 68, 1973
125. FEUERLEIN, W.: Sucht und Suizidhandlungen
MMW 117, 1975
126. FEUERLEIN, W.: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit
Thieme, Stuttgart, 1979
127. FEUERLEIN, W.: Selbstmordversuch oder parasuicidale
Handlung? Tendenzen suicidalen Verhaltens
Nervenarzt 3, 1971
128. FEUERLEIN, W.: Sucht und Suizid
in Suizid (Hrsg.Reimer), Springer, Berlin, 1981

129. FEUERLEIN, W.; KUNSTMANN, G.: Die Häufigkeit des Alkoholismus. Vergleich zwischen verschiedenen Krankenanstalten
MMW 115, 1973
130. FINZEN, A.: Psychiatrische Behandlung und Suizid, Methodenprobleme bei der Untersuchung des Suizides unter psychiatrischer Behandlung
Psychiat.Prax. 10, 1983
131. FINZEN, A.: Psychiatrische Behandlung und Suizid
Psychiat. Prax. 11, 1984
132. FINZEN, et al,: Zum Suizid nach der Entlassung aus dem Krankenhaus
Suizidproph. 35, 1983
133. FINZEN, A.: Patientensuizid in der Psych. Tagesklinik
Suizidproph. 35, 1983
134. FINZEN, et al,: Suizid im psychiatrischen Krankenhaus
Suizidproph. 35, 1983
135. FINZEN, et al,: Suizid und psychiatrische Vorerkrankung
Suicidproph. 35, 1983
136. FISCHER; H.: Über Suizide und Suizidversuche
Therapie d. Gegenw 113, 1944
137. FISCHER, H.: Selbstmord und Selbstmordversuch
Med. Klinik 68, 1973
138. FLANAGAN, Thomas A.MD; MURPHY, Georg E.,MD,:
Body Donation and Suicide, Is there a Relationship?
Arch.Gen.Psychiat.Vol 28, 1973

139. FLEISS, J.L.; DUNNER, D.L.; STALLONE, F.; FIEVE, RR:
The life Table, a method for analyzing longitudinal
Studies
Arch.Gen.Psychiatry, 33, 1976
140. FLOOD, RA.; SEAGER, CP.: A retrospective examination
of psychiatric case records of patients who
subsequently committed suicide
Br.J.Psychiatry 114, 1968
141. FRANKL, V.: Ärztliche Seelsorge
München 1975
142. FORSSMANN, H.; JANSSON, B.: Follow up Study of 849 Men
Admitt for Mental Disorders to the Psychiatric Ward of
a General Hospital
Acta.Psychiat.Neurol.Scand. 35, 57-72, 1960
143. FREUD; S.: Trauer und Melancholie
ges. Werke Bd.10, 1946
144. FROMM, E.: Die Seele des Menschen
Stuttgart, 1979
146. FUCHS, W.: Selbstmordhandlungen
Wien, 1961
147. GARDENER, et al: Suicide and Psychiatric care in the
Aging;
Arch. of general.Psychiat. 10, 1964
148. GAUPP, R.: Selbstmord
München 1955

149. GIDDENS, A.: Eine Typologie des Suizides
in Welz, Pohlmeier, Selbstmordhandlungen, Beltz, 1981
150. GEORGE,: Suicide in Psychiatric Patients who have
received Hospital Treatment
Amer.J.Psych. 125:6,dez.1968
151. GOMINET, P.; MONNIER, J.-P.; CLOUT, D.; DUGOURD,M.:
Suicides et tentatives de suicide. Etude statistique
Intervention et Responsabilite du Psychiatre de Secteur
public.
Ann.Med.Psychol. 132, 132-36, 1974
152. GORENC, K.D.; KLEFF, F.: Selbstmord und Selbstmordversuch
in psychiatrischen Krankenhäusern
in Selbstmordhandlungen,(Hrsg.Welz, Pohlmeier), Beltz, 1981
153. GRANDEL, S.: Selbstmord und psychiatrische Behandlung
Psychiatrie Verlag, Wunstorf, 1978
154. GREER,S.; BAGLEY,C.: Effect of psychiatric intervention
in attempted Suicide: A controlled Study
Br.Med.J., I:3, 1971
155. GREGER,: Zur Suizidgefährdung endogen-Depressiver
Psychiat.Neurol. 145, 1963
156. GRÜNEBERG, HELMCHEN, HIPPIUS: Zur Phänomenologie von
Suizidversuchen anhand von über 500 Beobachtungen in
einem großstädtischen Reanimationszentrum
Therapiewoche 28, 1972
157. GROSS, J.: Der protrahierte Suizid
in Suizid (Hrsg.Reimer), Springer, Berlin, 1981

158. GRUHLE, H.: Selbstmord
Thieme, 1940
159. GUGGENHEIM, FG.; BABIGIAN, HN.: Catatonic Schizophrenia:
Epidemiology and Clinical course: A 7-Year Register
Study of 798 Cases
J.Nerv.Ment.Dis. 158, 1974
160. HAASE, H.J.: Depressionen
Schattauer, Stuttgart 1976
161. HAGENBUCHNER, K.: Der Selbstmord des alten Menschen
Materia Medica Nordmark Nr. 58, Wissenschaftliches
Beiblatt, 1967
162. HAMM, H.: Suizidalität bei Patienten in der Allgemeinpraxis
ZfA Heft 8, 1980
163. HARTELIUS, H.: Attempted Suicides from the psychiatric
viewpoint
Nord-med., 53, 1955
164. HEINRICH, M.: Integrierte Suizidprophylaxe
ZfA 35, 1977
165. HENISZ, J.: A follow-up Study of schizophrenic Patients
Comprehensive Psychiatry 7, 1966
166. HENSELER, H.: Ein psychodynamischer Deutungsversuch
des praesuicidalen Syndroms
Nervenarzt 45, 1974
167. HENSELER, H.: Die Psychodynamik des suizidalen Erlebens
und Verhaltens
Nervenarzt 3, 1980
168. HENSELER, H.; MARTEN, R.F. und SODEMANN, U.:
Kriterienliste als Screening-Instrument zur Erfassung
von chronischer Suizidalität
Nervenarzt 54, 1983

169. HENSELER, H.; MARTEN, R.: Die Psychotherapie der Suizidalität in der Praxis
Neurol.Psychiatr.(Rueu) 6:352 - 354, 1980
170. HENSELER, H.: Behandlungsprobleme bei chronisch
suizidalen Patienten
in Suizid, (Hrsg.Reimer), Berlin, Springer, 1981
171. HENSELER, H.: Selbstmord und Selbstmordversuche: Vorurteile und Tatsachen
Dtsch. Ärzteblatt 68, 1971
172. HENSELER, H.: Narzistische Krisen / Zur Psychodynamik
des Selbstmordes
Hamburg 1974
173. HENSELER, H.: Die Bedeutung narzistischer Objektbeziehungen für Verständnis und Betreuung von Suizidpatienten
Der Landarzt, 46, 1970
174. HENSELER, H.: Der unbewußte Selbstmordversuch
Nervenarzt 42:575-598, 1971
175. HERTRICH, O.: Depression - Somatisierung - Suizid
Larvierte Depression - Suizid
FdM 25, 1981
176. HERMANSEN, L.: Suicidiv bland skizofrene in Virilzkunen,
Attitude to Psychiatric Treatment
Before Suicide in Schizophrenia and Ponauvid Psychose, 1968
177. HERTRICH, O.: Depression - Somatisierung - Suizid
Psychopathologische Einführung
FdM 23, 1981

178. HESSÖ: Suicide in Norwegian, Finnish, Swedisch
Psychiatrie Hospitals
Arch.Psych.Nerv. 224, 1977

179. HEUER, G.: Selbstmord bei Kindern und Jugendlichen
Stuttgart 1979

180. HEYN, W.: Der Selbstmord als soziales Phänomen
MMW 42,1389, 1955

181. HILLMANN, J.: Selbstmord und seelische Wandlung
Zürich, 1980

182. HIPPIUS, H. und BAUM, P.: Suizidalität
MMW 117, 1975

183. HOBRÜCKER; B.: Die Persönlichkeit von Jugendlichen
mit Suizidhandlungen; Stichprobenvergleich und
Klassifikation
Praxis d. Kinderpsychologie 32, 1983

184. HÖCHTER, W.: Über Veränderungen der relativen Häufig-
keiten Psychiatrischer Diagnosen sowie der Altersverteilung
und Aufenthaltsdauer Psychiatrischer Patienten an der
Nervenklinik der Universität München von 1904 - 1972
Med. Diss 1976

185. HOFER, G.: Der Suizid und seine Wertung bei rehabili-
tativen Maßnahmen
Zentralblatt Neurologie Heft 1, 1969

186. HOLLISTER; L.E.: in Kirow und Kamenow, Ursachen und
Motive des Selbstmordes bei Schizophrenie
Nervenarzt 1974

187. HUSSAR, A.: Ettet of Tranquilizers on Medical Morbidity
and Mortality in Mental Hospital
Jama 179, 1962

188. INES, G.; MILLER, D.: Mortality among Psychiatric Patients,
Scot.med. 15, 1970
189. JANTZ, H.: Schizophrenie und Selbstmord
Nervenarzt 22, 1951
190. JAMES, Pierce Ma, DOM and Levin, S.MB: Suicide
Following Discharge From Psychiatric Hospitals
Arch.Gen.Psych., 10, 1964
191. JÖRNS, K.P.: Nicht leben und nicht sterben können
Wien, Freiburg, Basel, 1979
192. JOHANSON, E.: A Study of Schizophrenia in the Male
Acta Psychiat.Scand.Suppl, 125, 1958
193. JUNG, R.: Ein neurologisch-psychiatrisches Diagnosenschema
Nervenarzt 19,552, 1948
194. KALLMANN, F. und ANASTASIO, M.: Twin Studies on
the Psychopathology of Suicide
J.Nerv.Ment.Dis. 105, 1947
195. KAPPES, C.-V.: Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen
Zeitschrift für Allgemeinmedizin Heft 8, 1980
196. KATSCHING, A.; SINT, P.; FUCHS-ROBETIN, G.:
Gibt es verschiedene Typen von Selbstmordversuchen
in Selbstmordhandlungen (Hrsg.Welz,Pohlmeier), Beltz 1981
198. KENNEDY/KREITMAN: An Epidemiological Scervey of Parasuicide
in general Practice
British J.Psych. 123, 1973
199. KIELHOLZ, P.: Diagnose und Therapie der Depressionen für
den Praktiker
München 1971

200. KIELHOLZ, P.: Depression,
Med.Welt,Bd. 28, 45, 1977
201. KIELHOLZ,: Differentialdiagnostik und Therapie der
depressiven Zustandsbilder
Basel 1959
202. KIROW, K.; KAEMENOW, L.: Ursachen und Motive des
Selbstmords bei Schizophrenen
Nervenarzt 45, 1974
203. KLEIN, M.: Das Seelenleben des Kleinkindes
Hamburg 1972
204. KLEIST, H.: Sämtliche Werke
Porkland 1975
205. KOCKOTT, G.: Der Selbstmordversuch im Alter
FdM, Sonderdruck 1981
206. KOCKOTT et al: Der Selbstmordversuch durch Intoxikation
Fortschr.Neurol.Psychiat. 38, 1970
207. KÖHLER, H.: Ärztliche Behandlung beim Selbstmordversuch
Dtsch.med.Wschr. 97, 1972
208. KOESTER, H.: Gelungene Suizide im Psychiatrischen
Krankenhaus
Zentralblatt Neurologie Heft 1, 1969
209. KOHUT, H.: Narzismus
Frankfurt, 1973
210. KOLMOS, L.: The Validity of the Suicide Registration
in Denmark
Proc 9th intern.congr.suic.prev.Helsinki, 1978

211. KRAFT, DP; BABIGIAN, HM.: Suicide by Persons with and without psychiatric contacts
Arch.Gen.Psychiat., 33, 1976
212. KRAUS, E.: Suicidal Behaviour in New South Wales
Brit.J.Psychiat. 1975, 126
213. KREITMANN, N.; CHOWDHURY, N.: Distress behaviour: A Study of selected samaritan clients and parasuicides
Brit.J.Psychiat. 123, 1973
214. KREITMANN, N.: Die Epidemiologie von Suizid und Parasuizid
Nervenarzt, März, 1980
215. KREITMANN, N.; CHOWDHURY, D.: Distress Behaviour: A Study of Selected Samaritan Clients and Parasuicides, Part I+II, Attempted Suicide
Brit.J.Psychiat. 123, 1973
216. KULESSA, Chr.; WECHSUNG, P.: Ambulante Betreuung von Suizidenten
ZfA, Heft 8, 1980
217. KURZ, A.; MÖLLER, H.J.: Ergebnisse der epidemiologischen Evaluation von suizidprophylaktischen Versorgungsprogrammen
Psychiat. Prax. 9, 1982
218. KURZ, A.; MÖLLER, H.J.: Hilfesuchverhalten und Compliance von Suizidgefährdeten
Psych.Prax. 11, 1984
219. LANGE, E.: Die Suizidgefahr beim Open-door-System in stationären psychiatrischen Einrichtungen
Social.Psych.1, 1966

220. LANGE LÜDDEKE, : Über Lebenserwartung und Rückfallhäufigkeit bei Manisch-Depressiven
Z.psych.Hyg. 14, 1941
221. LENGERING, N.: Suizid und Suizidversuch: vier Ebenen der Differenzierung
Suicidprophylaxe Heft 1/1983
222. LEMPERIERE, T. und Des LAURIERS, A.: Le risque de Suicide dans les Psychoses
Revue du Praticien, 12, 1962
223. LEWIS, A.: Statisticat Aspects of Suicides
Canad.Med.Hers J. 74, 1956
224. LEVY, S. und SOUTHCOMBE, R.H.: Suicide in a State Hospital for the Mentally J11
J.Nerv.Ment.Dis. 117, 1953
225. LEWIS, D.: Statistical aspects of suicides
Canad.Med.Assoc.J. 74, 1956
226. LINDEN, J.: Die Struktur der Selbstmordhandlung
Therapiewoche, 1972
227. LINDEN, J.: Der Suicidversuch - eine statistische und kasuristische Situationsanalyse der Suicidbehandlung
Zentralblatt Neurologie Heft 1, 1969
228. LINDEN, J.: Der Suizidversuch
Stuttgart: Enke, 1969

229. LINDELIUS and KAY: Some changes in the pattern of
Mortality in Schizophrenia in Sweden
Acta.psych.scand. 49, 1973
230. LIPSCHUTZ, L.S.: Some Administrative Aspects of Suicide in
the Mental Hospital
Amer.J.Psychiat., 99,181, 1942
231. LITTEN, M.: Die Flucht in den Tod, Kinderselbstmord
gehört, gelesen, IV, 1981
232. LITMANN, R.E. und TABACHNICK, N.D.: Psychoanalytic
Theories of Suicide,
in: Suicidal Behaviours (Hrsg. Resnick), Little
Brown Comp. Boston, 1968
233. LOENNQUIST, J.; NISKANEN, P.; ACHT'E KA; GINMAN, L.:
SELF-POISONING WITH FOLLOW-UP CONSIDERATIONS
Suicide, 1975
234. LOWENTAL Uri MD.: Suicide - The Other Side
The Factor of Reality Among Suicidal Motivations
Arch.Gen.Psychiatry - Vol 33, 1973
235. LUKIANOWICZ, N.: Suicidal Behaviour: An Attempt to
Modify the Environment
Br.J.Psychiat. 121, 387-90, 1972
236. LUNGERSHAUSEN,E.: Zum Problem des Suizides bei endogenen
Psychosen
in Huber Schizophrenie u. Zykllothymie, 1969
237. LUNGERSHAUSEN, E.: Suizidprophylaxe in der ärztlichen
Praxis
Landarzt, 44, 1968

238. LÜRSEN, E.: Psychoanalytische Theorien über die Suchtstrukturen
Suchtgefahren 20, 1974
239. LUTZ, C.: "Sinn- oder Un-Sinn" - die Selbstsuche des jugendlichen Suicidalen aus psychotherapeutischer Sicht
Prax. Psychother.Psych. 27, 1982
240. MAHLER, PINE, BERGMANN,: Die psychische Geburt des Menschen
Frankfurt, 1975
241. MAIER, CH.: Die Suizide in der Klinik Beverin 1920 - 1979
Schweizer Archiv f.Neurologie u.Psychiatrie 128, 1981
242. MARINOW,: Suicide among Schizophrenics, 1972
243. MATTERN, H.: Der suizidale Patient, ein interdisziplinärer Auftrag
ZfA 8, 1980
244. MATUSSEK,: Statistische Daten zur Psychodynamik endogener und neurotischer Depressionen
Jahrestagung der DPG; Stuttgart, 1979
245. MC CARTHY, Walsh: I The under-reporting of Suicide and the consequences for National Statistics
Brit.J.Psychiat., 126, 1975
246. MC KENNA, J.; NELSON, G.; CHATTERSON, J.; KOPPERNO, M.; BROWN, JH.:
Chronically and acutely Suicidal Persons one Month after contact with a crisis intervention centre
Can.Psychiat.Assoc.J., 20, 1975
247. MEIERHOFER, M.: Frühe Prägung der Persönlichkeit
Bern, 1975

248. MENNINGER, K.: Selbstzerstörung
Frankfurt, 1938
249. MEYER, J.-E.: Das Suizidproblem und die "ANleitung
zum würdigen Freitod"
Nervenarzt 53, 1982
250. MIDENET, M. et al: Les suicides survenant chez les
malades mentaux apres leur sortie de l'hospital,
psychiatrique et leur relation avec les etats dépressifs
survenant durant la même periode.
J.Med. Lyon 48, 271-77, 1967
- 251a.MITTERAUER, B.: Können Selbstmorde in einem Psychia-
trischen Krankenhaus verhindert werden?
Psych. Prax. 8, 1981
- 251b.MITTERAUER, B.: Fragen nach dem Sinn des Selbstmordes
Suicidprophylaxe Heft 2, 1981
252. MODESTIN, J.: Suizid in der psychiatrischen Institution
Nervenarzt 53, 1982
253. MÖLLHOFF, G.: Suizid und Recht
Psych. Prax. 9, 1982
254. MORGAN, H.G.; BARTON, J.; POTTL, S.; POCOCK, H.:
BURNS-COX, Ch.J.: Deliberate Self-Harm: A Follow-up
Study of 279 Patients
Br.J.Psychiat. 128, 1976
255. MÜLLER, D.: Selbstmord und psychiatrische Behandlung
Psychiatrie-Verlag, Wunstorf, 1978
256. NELSON et al: The Role of Anonymity in Suicidal contacts
with a crisis intervention centre
Suicide X, 1975
257. NEUMANN, M.: Suicide Proneness
The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplins
9, 1971

258. NEURINGER, Ch.: Methodological Problems in Suicide Research
J.Consult.Psychol. 26, 1962
259. NISSEN, G.: Depressive Syndrome im Kindes- und Jugendalter
Berlin 1971
260. NÖHRING, K.-U.: Zur Problematik von Suizidversuchen bei Kindern und Jugendlichen
in Suizid (Hrsg.Reimer), Springer, Berlin 1981
261. NOREIK, K.: Attempted Suicide and Suicide in Funktional Psychoses
Acta.Psychiat.Scand. 52, 82-106, 1975
262. OSMOND, H.; HOFFER, A.: SCHIZOPHRENIE
I.Schizophrenia 1, 54-64, 1978
263. OTTO, KR.; SPAETHE, HF.: Suizidhandlungen im Stadt- und Landkreis Brandenburg
Psychiat.Neurol.med.Psychol. (LEIPZ) 27, 1975
264. OVENSTONE, J.: A psychiatric approach to the diagnoses of suicide and its effect upon the Edingburgh Statistics
Brit.J.of Psych. 123, 1960
265. OVENSTONE, J.M.; KREITMAN, N.: Two Syndroms of Suicide
Brit.J.Psychiat. 124, 1974
266. PARNITZKE,: Bemerkungen zum Selbstmordgeschehen der letzten Jahre
Psychiat.Neurol.med.Psychol. 13, 1961

267. PAYKEL ES; KLIERMAN GL; PRUSOFF BA: Prognosis of Depression
and the endogenous-neurotic distinction
Psychol.Md, 4, 1974
268. PERLIN, S.: A Handbook for the Study of Suicide
New York 1975
269. PETRI, J.: Zum Problem des Selbstmordes in psychiatrischen
Kliniken
Z.Psychoth.med.Psychologie 20, 1970
270. PERRIS, C.: A Study of Bipolar and Unipolar Recurrent
Depressive Psychotics
Munksgaart, Copenhagen 1966
271. PINO, R.; KOCKOTT, G.; FEUERLEIN, W.: Sechs-Jahres-
Katamnese an hundert Patienten mit Suizidversuchen
durch Tabletteneinnahme
Arch.Psychiat.Nervenkr. 227, 1979
272. PIRECE, James, et al,: Suicide Following Discharge
from Psychiatry Hospital
Arch.of Psychiat. 10, 43, 1964
273. POHLMEIER, H.: Die Angst zwischen Arzt und Patient
bei Depression und Selbstmord
Suicidprophylaxe Heft 2/1981
274. POHLMEIER, H.: Selbstmord und Selbstmordverhütung
München, 1978
275. POHLMEIER, H, (Hrsg): Selbstmordverhütung
Bonn, 1978
276. POHLMEIER, H.: Selbstmord
MMW 122, 1980

277. POHLMAYER, H.: Depression und Selbstmord
Keilverlag, 1980
278. PÖLDINGER, W.: Vergleichende Selbstmordstudie in deutschsprachigen Ländern
Suicidprophylaxe Heft 3/1979
279. PÖLDINGER, W.: Erkennung und Beurteilung der Suizidalität in Suizid (Hrsg.Reimer), Springer, Berlin 1981
280. PÖLDINGER, W.(Hrsg): Aktuelle Aspekte der Depressionsbehandlung
Huber, Bern 1983
281. PÖLDINGER, W.: Die Abschätzung der Suizidalität
Huber, 1968
282. PÖLDINGER, W.: Der therapeutische Zugang zu depressiven und suiziden Patienten
Schweizerische Ärztezeitung
Sonderdruck Huber, Bern 62, 1981
283. POKORNY, A.D.: Suicide Rates in Various Psychiatric Disorders
J.Nerv.Ment.Dis. 139, 1964
284. POKORNY, AD; KAPLAN, HB: Suicide following psychiatric Hospitalization
J.Nerv.Ment.Dis. 162, 1976
285. QUEREN, R.: Untersuchungen von Kliniksuiziden in der Nervenlinik Spandau, Berlin
Suicidprophylaxe Heft 1, 1983
286. RADEBOLD, H.; SCHLESINGER, G.: Zur Alterssuizidalität - Literaturergebnisse und psychotherapeutische Behandlungsansätze
in Suizid (Hrsg.Reimer), Springer, Berlin, 1981

287. RAMON, S.; BANCROFT, J.H.J.; SKRIMSHISE, A.M.:
Attitudes towards self-poisoning among physicians
and nurses in a general hospital
Br.J.Psychiat. 127, 1975
288. RAVN, J.: Selbstmord in einem psychiatrischen
Krankenhaus
Z.präventivmed. 10, 513, 1965
289. REIMER, CH.; AROLT, V.: Katamnestische Untersuchungen
an Suizidpatienten
in Suizid (Hrsg.Reimer), Springer, Berlin 1981
290. REIMER, F.: Selbstmord und Selbstmordversuch im
Alkoholrausch
Z.Psychosom.Med. 10, 1964
291. REINER, A.: Suizidprophylaxe als Aufgabe des Klinik-
seelsorgers
ZfA 8, 1980
292. REMSCHMIDT, : Suizidhandlungen im Kindes- und Jugend-
alter - Therapie und Prävention
Praxis d.Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31, 1982
293. RENNIE, T.A.: 1939, in Wornes, M.D., Suicide in Schizophrenics
Diseases of Nerv.Scpt. 29, 1968
294. RETTERSTOL, N.: Psychological and social factors in suicide
and suicide attitude
Zbl.ges.Neurol.Psychiat. 203, 1973
295. RICHERT, CLASSEN, : Alterssuizidalität
ZfA 53, 2211-2216, 1977
296. RINGEL, E.: Angst und Suizid
Schweiz.Ach.Neurol. 110, 1972

297. RINGEL, E.; SONNECK, G.: Zur Problematik des schizophrenen Selbstmordes, diskutiert an einem besonderen Fall
Psychiat.Clin (Basel), 7, 1974
298. RINGEL, E.: Der Selbstmord
W. Mandrich, Wien/Düsseldorf, 1953
299. RINGEL, E.: Neue Untersuchungen zum Selbstmordproblem unter besonderer Berücksichtigung prophylaktischer Gesichtspunkte
Brücker, Hollinek, Wien, 1961
300. RINGEL, E.: Möglichkeiten der ärztlichen Selbstmordprophylaxe
Therapiewoche 28, 1972
301. RINGEL, E.: Das Leben wegwerfen, Reflexionen über Selbstmord
Herder, 1978
302. RINGEL, E.: Die Therapie der Selbstmordtendenz
In: Therapeutische Fortschritte in der Neurologie und Psychiatrie, Urban, Schwarzenberg, 1960
303. RINGEL, E.: Selbstmord - Appell an die anderen
Kaiser, 1976
304. RINGEL, E.: Zehn Jahre Deutsche Gesellschaft für Selbstmordverhütung
Suicidprophylaxe 4, 1982
305. RINGEL, E.; ROTTER, H.: Zum Problem der Selbstmordversuche im Rausch
Wien Z.Nervenheilk. 13, 1957
306. RINGEL, E.; SONNECK, G.: Praesuicidales Syndrom und Gesellschaftsstruktur, PP 143-9
In: Walcher W., ED., Zur Systematik, Provokation und Therapie depressiver Psychosen, Wien, Hollinek, 1974, WM 207, Z96, 1973

307. RITZEL, G.: Beitrag zum Suizid in psychiatrischen
Kliniken
Fortschr.Neurol.Psychiat. 42, 1974
308. ROBINS, Eli and Coll: Some clinical considerations in
the prevention of suicides based on a Study of 134
successful suicides
Amer.J.publ.health 49, 1959
309. ROHDE, J. und SORGAUF, W.: Treatment of Schizophrenia
in general hospitals
Brit.Medical J. 67, 1961
310. RORSMAN, B.: Suicide among Swedish Psychiatric Patients
S. Psych. 8, 1973
311. RORSMAN, B.: Suizide in Psychiatric Patients: A Com-
parative Study
Sozialpsychiatrie 8, 1973
312. RORSMAN, B.: Mortality among Psychiatric Patients
Acta.Psychiat.Scand. 50, 1974
313. ROSE, H.K.: Zum Psychotherapeutischen Umgang mit
Suizidal Depressiven
in Psychotherapie in der Psychiatrie (Hrsg. Helmchen,
Linden, Rüger), Springer, Berlin 1982
314. ROSEN, A. et al: Classification of Suicidal patients
I Cons Psychol 18, 1954
315. ROSENBAUM, Milton MD.: Crime and Punishment - The
Suicide Pact
Arch.Gen.Psychiat.-Vol 40, 1983

316. ROSENBAUM, Milton MD, and RICHMAN, Joseph PH.D.:
Suicide: The Role of Hostility and Death Wishes from the
Family and Significant Others
Amer.J.Psychiat. 126, 1970
317. ROY Alec MB, CHIR, B.: Family History of Suicide
Arch.Gen.Psychiat.- Vol 40, 1983
318. RÜEGSEGGER, P.: Selbstmordversuche: Klinische, statistische
und katamnestiche Untersuchungen an 132 Suizidversuch-
Patienten der Baseler Psychiatrischen Universitätsklinik
Psychiat.Neurol. 146, 1963
319. RÜEGSEGGER, P.: Selbstmordversuche, Klin., stat. und
katamnestiche Untersuchungen
Psychiat.Neurol, 146,81, 1964
320. RUSHING, WA.: Alcoholism and suicide rates by status
set and occupation
J Stud Alcohol 29, 1968
321. SAINSBURY, P.: Suicide and Depression
British Journal of Psychiatry 2, 1968
322. SAINSBURY, P.: Suicide in London
Chapman & Hall, London, 1955
323. SAINSBURY, P.; BARRACLOUGH, B.: Differences between
Suicide rates
Nature 220, No.5173, 1968
324. SAINSBURY, P.; BAERT, A.; JENKINS, J.: Veränderungen
der Selbstmordhäufigkeit in Europa
in Selbstmordhandlungen (Hrsg.Welz, Pohlmeier), Beltz 1981

325. SANBRON, D.E. et al: Monthly Patterns of Suicide and Mental Illness
Dis.of Nerv.Syst. 30, 1969
326. SAB, E.: Gedanken und Meinungen zum Selbstmord gehört, gelesen, Nr. 1, 1979
327. SCHABACHER, P.: Die suizidale Gefährdung um das 70. Lebensjahr
in Suizidales Verhalten, Roderer, 1983
328. SCHARFETTER; ANGST; NÜSPERLI: Suizid und endogene Psychose
Suizid- und Präventivmedizin, 24, 1979
329. SCHERER, W.: Selbstmordversuche bei psychisch Kranken nach der Entlassung aus stationär-psychiatrischer Therapie
Med. Diss. 1981
330. SCHLIDGE: Suizid und Suizidgefahr
Z.Allg.Med. 50, 1944
331. SCHLOSSER, J.; STREHLE-JUNG, G.: Suizide während psychiatrischer Klinikbehandlung
Psychiat.Prax. 9, 1982
332. SCHMIDT, G.: Erfahrungen an 700 Selbstmordversuchen
Nervenarzt 11, 1938
333. SCHMIDTKE, A.; SCHALLER, S.: Möglichkeiten und Grenzen testpsychologischer Diagnostik suizidalen Verhaltens in Selbstmordhandlungen (Hrsg.Welz,Pohlmeier), Beltz, 1981
334. SCHMIDTKE, A.: Verhaltenstheoretische Erklärungsmodelle suizidalen Verhaltens
in Selbstmordhandlungen (Hrsg.Welz,Pohlmeier), Beltz, 1981

335. SCHOLTEN, I.: Krankheit zum Leben- Suizid als Resultat mangelnder Identität
Forum des Praktischen und Allgemeinarztes 20 Nr. 8, 1981
336. SCHOLLMAYER, W.; MICHAELIS, K.: Selbstmorde von Krankenhauspatienten
Zschr.ärztl.Fortbildung 60, 1966
337. SCHÜTTLER, G.: Suizid und Suizidversuch im Verlauf schizophrener Erkrankungen
Psych.clin.9:97-105, 1976
338. SODEMANN (80): Methodenstudie im Rahmen einer Zehn-Jahres-Katamnese zu chron.Suizidaler
(-unveröffentlicht, bestellen bei Henseler)
339. SONNEK, G.; RINGEL, E.: Zur Psychopathologie des Sterbewillens
In Eser (Hrsg) Euthanasie und Suizid, Enke 1976
340. SCHWARZ, J.: Rechtliche und prophylaktische Probleme beim Suizid von Krankenhauspatienten
Zentralblatt Neurologie Heft 1, 1969
341. SCOBEL, W.A.: Depression und Suizid
in Suizid (Hrsg.Reimer), Springer, Berlin, 1981
342. SIANI, R.; GARZOTTO, N.; ZIMMERMANN-TANSELLA, C.:
TANSELLA, M.: Predictive scales for parasuicide repetition: further results.
Acta.Psychiat.Scand. 59, 1979
343. SLOCHOWER, H.: Zur Ichfunktion des Selbstmordes in der Literatur
Psyche 80,12, 1981

344. SONNECK, G.: Betreuungsmodelle für Suizidgefährdete
in Suizid (Hrsg. Reimer), Springer, Berlin, 1981
345. SPÄTKE, H.: Suizidprophylaxe
Zeitschr.f.ärztl.Fortbildung 65,1295-1299, 1975
346. SPIEL, W.: Phasen der kindlichen Entwicklung
Göttingen, 1974
347. SPITZ, R.: Vom Säugling zum Kleinkind
Stuttgart, 1974
348. STARK, J.: Vorläufige Ergebnisse eines Fragebogens
Mat.med.Nordm. 21, 1969
349. STATISTISCHES BUNDESAMT:
Fachserie A, Bevölkerung und Kultur, Reihe 7, Gesund-
heitswesen, Kohlhammer, Stuttgart, 1977
350. STATISTISCHES JAHRBUCH für die Bundesrepublik Deutschland
1950 - 1955, 1960 - 1965, 1970 - 1975
Hrsg.: Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Kohlhammer, Stuttgart
351. Statistische Veröffentlichungen des Stat. Landesamtes
München 1950 - 1975
353. STENGEL, E.; FARBEROW, N.: Certification of Suicide around
the World
Proc.4th intern.conf. on Suicide Prev., 1968
354. STENGEL, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch
Berlin 1961

355. STENGEL, E.: Selbstmord und Selbstmordversuch
Fischer, 1964
356. STENGEL; E.: Some Unexplored Aspects of Suicide and
Attempted Suicide
Compr.Psychiat. 1, 1960 a
357. STENGEL; E.:Neue Tendenzen der Selbstmordforschung
in, Documenta Geigy, 1971
358. STENGEL; E.: Selbstmord- und Selbstmordversuch
S. Fischer, Frankfurt,M., 1969
359. STOBER, B.: Suizidale Handlungen bei Kindern und
Jugendlichen
in Selbstmordhandlungen (Hrsg.Welz,Pohlmeier,Beltz, 1981
360. STOBER; B.: Depressivität und Hoffnungslosigkeit bei
suizidalen Kindern und Jugendlichen - Ergebnisse einer
prospektiven Studie
1984 (bisher unveröffentlicht)
361. STOLLER,ESTEN: Suicides in medical and surgical words
of general hospitals
J.chron.Dis., 12:592-599, 1960
362. STOLZE: Sicherheit und Angst des Arztes in der Begegnung
mit dem suizidalen Patienten
MMW 117, 1975
363. STONEQUIST, E.: The Marginal Man
New York, Russell and Russel, 1961
364. Suicide an the Young
WHO chron.29, 1975

365. SUMMA: Komplikationen beim Selbstmordversuch im
Alter
FdM 27, 1977
366. SWIENTEK, Ch.: Entwicklungsverläufe Verhaltensgestörter
mit suicidalem Ausgang - dargestellt anhand einer
Untersuchung an Suicidpatienten im Alter von 14-73 Jahren
Praxis d. Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie Heft 2, 1978
367. SWINSOW, F.: Some suicidal statistics
Brit.med.J. 1, 1951
368. SIMSON, G.: Die Suizidalität
Beck, 1976
369. SZONDI, V.: Selbstmord bei Melancholikern und Schizophrenen
im Lichte der Psychoanalyse, Schicksalsanalyse und
Daseinsanalyse
Huber, 1975
370. TEMOCHE; PUGH; MAHON: Suicide rate among current and
former mental institution patients
J.Nerv.Ment.Div. 138, 1964
371. THOMAS, K.: Handbuch der Selbstmordverhütung
Enke, Stuttgart, 1964
372. THOMAS, K.: Warum weiterleben?
Freiburg, 1977
373. TORHORST et al: Ein-Jahres-Katamnese bei einer Stichprobe
von 485 Patienten nach Suizidversuch
1984 (bisher unveröffentlicht)
374. UNGERN; RODERICH; STERNBERG: Die Ursachen der Steigerung
der Selbstmordhäufigkeit in Europa in den letzten
100 Jahren
Berlin, 1935

375. VENZLAFF, M.: Selbstmord und Gesellschaft
Zentralblatt Neurologie Heft 1, 1969
376. VENZLAFF, M.: Die Lebenssituation alter Menschen im
Hinblick auf die Suizidgefährdung
MMW 122, 1980
377. VIRKKUNEN, M.: Attitude to Psychiatric Treatment before
Suicide in Schizophrenia and paranoid Psychoses
Brit.J.Psych. 128, 1976
378. WÄCHTER, C.: Suizidalität älterer Menschen
Psych. Prax. 11, 1984
379. WALSH et al.: Suicide in Dublin - Influence of some
Social and Medical Factors on Coroners' Verdicts
Brit.J.Psych. 126, 1974
380. WARNES, M.D.: Suicide in Schizophrenics
Deaths of New 29, 1968
381. WEDLER, H.L.: Gerettet?
Luchterhand, 1979
382. WEDLER, H.: Über Zahlen
Suizidprophylaxe 3, 1979
383. WEISS; SCOTT: Suicide attempters ten years later
Compr.Psychiatry 15, 1974
384. WEISS, J.M.A. et al: Quantification of Certain Trends in
Attempted Suicide
in: Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry,
University Toronto Press and McGill University Press
Montreal 1961
385. WEITBRECHT, H.J.: Zur Psychopathologie des Suizides bei
endogenen Psychosen
Med. Welt 25, 1974

386. WELLHÖFER, P.: Selbstmord und Selbstmordversuch
Stuttgart, 1981
387. WELLHÖFER, PR.: Einstellungen zum Selbstmord, eine
Sozialpsychologische Leitstudie
OEFF Gesundheitswes. 37 379-91, JUL 1975
388. WELZ, R.: Epidemiologie und räumliche Verteilung von
Selbstmordversuchen
in Selbstmordhandlungen (Hrsg. Welz, Pohlmeier), Beltz 1981
389. WHEAT: Motivational aspects of suicide in patients during
and after psychiatric treatment
Sth.J. 53, 1960
390. WHO Chron: Suicide Statistics: The Problem of Com-
parability 29 188-93/MAY 1975
391. WIEGAND, A.: Selbstmord im Justizvollzug - Ursachen
und Abhilfemaßnahmen
Deutsches Ärzteblatt - Ärztliche Mitteilungen Heft 6, 1984
392. WIESER, W.: Alkoholismus III
Fortschr. Neurol Psychiatr. 34, 1966
393. WILDGANS, A.: Gesammelte Werke
Staakmann, 1933
394. WILKINS, S.: A follow up Study of those who called
a suicide prevent-centre
Am.J.psych. 127, 1970
395. WILSON, G.C.: Suicide in Psychiatric Patients who
have Received Hospital Treatment
Am.J.Psychiat. 125, 1968

396. WINNICOTT, D.W.: Kind, Familie und Umwelt
Beiträge zur Kinderpsychotherapie, Bd.5, 1980
397. WINNICOTT, D.W.: Familie und individuelle Entwicklung
Stuttgart 1978
398. WOLD, Cl.; LITMAN, C.: Suizide after contact with
a suicide prevention center
Arch.Gen.Psychiatry. 28:735-739, 1973
399. WOLFERSDORF, M.: Bericht über das 5. Rundgespräch der
AG "Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus"
Suicidprophylaxe Heft 1/1982
400. WOLFERSDORF, M.: Der suizidale Mensch in der Klinik
Suizidprophylaxe 8, 1980
401. WOLFERSDORF; VOGEL et al: Suizid psychisch Kranker in der
psychiatrischen Klinik
in, Laux, Reimer (Hrsg): Klinische Psychiatrie Bd.2, 1984
402. WOLFERSDORF, M.: Erfahrungen in der Behandlung suizidaler
Patienten
Suizidprophylaxe 6, 1979
403. WOLFERSDORF, M.; METZGER, R.; KOHLER, T.; HOLE, G.:
Anmerkungen zum Suizidproblem in der psychiatrischen Klinik
Suicidprophylaxe Heft 4, 1981
404. WOLFERSDORF, M.: Offene Tür bei stationär behandelten sui-
cidalen depressiven Kranken
Suicidprophylaxe Heft 2, 1981
405. WOLFERSDORF, M. et al: Umgang mit suizidalen Patienten
Suicidprophylaxe Heft 2, 1982

406. WOLFERSDORF, M.(Hrsg): Suizide psychiatrischer
Patienten
Weinsberg,1984
407. WOODRAFF, R.A.; CLAYTON, P.J.; GUZE, S.B.: Suicide
Attempts and Psychiatric Diagnosis
Dis.Nerv.Syst. 33, 1972
408. WOOLEY; EICHERT: Notes on the problems of suicide
and escape
Am.J.Psychiat. 98, 1941
409. World Health Organisation (WHO): Prevention of
suicide
Public Health Papers No 35, Geneva,1968
410. World Health Organisation: World Health Statis-
tics Report
Genf, 1970
411. YAMAMOTO; ROATH; LITMANN,: Suicides in the "New"
Community Hospital
Arch.Gen.Psych.28, 1973
412. YARDEN, PE.: Obersavtions on Suicide in chronic
schizophrenics
Compr.Psychiatry 15, 1974

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit Suiziden psychiatrischer Patienten nach stationärer psychiatrischer Behandlung. In der Literaturübersicht werden u.a. statistisch-epidemiologische Fakten genannt, Ursachen und Motive suizidaler Handlungen aufgezeigt und Suizide bei psychiatrischen Erkrankungen als auch Suizide nach psychiatrischer stationärer Entlassung dargestellt.

Aus der Gesamtheit aller in den Jahren 1950, 1960 und 1970 in der Psychiatrischen Universitätsklinik München stationär aufgenommenen Patienten mit eindeutig psychiatrischer Diagnose bemühten wir uns, in einem Katamnesezeitraum von jeweils 5 Jahren nach dem Entlassungszeitpunkt festzustellen, wie viele Patienten unserer Population durch Suizid verstarben. Die Gesamtzahl der untersuchten Patienten beschränkte sich auf die stationär behandelten Patienten in der Psychiatrischen Universitätsklinik München, die sowohl zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme als auch nach dem katamnестischen Untersuchungszeitraum von 5 Jahren ihren Hauptwohnsitz in München hatten.

Im Bestattungsamt München konnten wir feststellen, wieviele Patienten unseres Gesamtkollektivs innerhalb des 5-Jahres-Katamnesezeitraumes verstarben, aus den Todesbescheinigungen der Gesundheitsämter München konnten wir die Todesart und weitere Angaben zum Todesgeschehen entnehmen.

Über das untersuchte Patientenkollektiv wurden wesentliche Angaben zum Suizidgeschehen, die auch in der Literatur erwähnt werden, gemacht und statistische ausgewertet, wobei alle Daten nach den 3 Untersuchungsjahrgängen getrennt angegeben werden. Die wesentlichen Daten entnahmen wir den Krankengeschichten der Psychiatrischen Universitätsklinik München, aus den Todesbescheinigungen der Gesundheitsämter, dem Pathologischen Institut der Universität München und dem Gerichtsmedizinischen Institut der Universität München. Von den Patienten unserer Untersuchung, die im nahegelegenen Bezirkskrankenhaus Haar in unserem 5-Jahres-Katamnesezeitraum stationär behandelt wurden, konnten wir weitere Daten aus den Krankengeschichten des Bezirkskrankenhauses entnehmen.

Um möglichst genaue Angaben über den poststationären Verlauf unserer Patienten zu erhalten, bemühten wir uns herauszufinden, ob eine weitere stationäre bzw. psychiatrisch-ambulante Behandlung stattfand.

So prüften wir in zwei Nichtpsychiatrischen Krankenhäusern Münchens und einem Psychiatrischen Krankenhaus außerhalb von München, ob innerhalb der 5-Jahres-Katamnese Patienten unserer Ausgangspopulation dort behandelt wurden.

Ein statistischer Vergleich der Suizide in der Gesamtbevölkerung Münchens und der untersuchten Patientenpopulation wird unter verschiedenen Gesichtspunkten vorgenommen.

In Übereinstimmung mit der Literatur zeigen unsere Ergebnisse, daß das Suizidrisiko bei psychiatrischen Patienten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wesentlich höher ist und die Suizidrate für etwa ein halbes Jahr nach stationärer psychiatrischer Entlassung besonders hoch ist. Weitere Ergebnisse sind erwähnenswert:

Die durchschnittlich häufigste Suizidmethode ist die Intoxikation, wobei Unterschiede in der Alters- und Geschlechtsverteilung sowie in den Untersuchungsjahren bestehen. Auch in der Verteilung der Diagnosen sehen wir Unterschiede innerhalb der 3 Untersuchungsjahre, die höchste Suizidrate fanden wir bei den manisch-depressiv Erkrankten. Die meisten Suizidpatienten wurden ausschließlich mit Psychopharmaka behandelt. Ein Großteil der durch Suizid verstorbenen Patienten hatten zuvor ein oder mehrere stationäre Aufenthalte mit kurzer Aufenthaltsdauer (weniger als 20 Tage) und ebenfalls mehrere Suizidversuche durch Intoxikation versucht, wobei eine positive Korrelation zwischen der Häufigkeit der stationären Aufenthalte und des kurzen Zeitabstandes zwischen Entlassung und Suizid besteht.

Durchschnittlich verließen 38,6% aller Suizidpatienten, vorwiegend Männer, die stationäre Behandlung vorzeitig auf eigenen Wunsch, suizidierten sich jedoch nicht in einer signifikant kurzen Zeit nach der Entlassung.

Patienten, die sich kurz nach der stationären Entlassung suizidierten, wählten sogenannte "harte" Methoden.

Auf die Schwierigkeiten katamnestischer Aussagen wird hingewiesen, die problematische "amtliche" Feststellung eines Suizides wird an Hand von Beispielen auch im Hinblick auf statistisch-epidemiologische Erhebungen kritisch diskutiert.

Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. H. Hippus danke ich
für die wohlwollende Überlassung dieses
wichtigen und interessanten Themas.

Herrn Dr. med. M. v. Cranach danke ich für
die Betreuung bei der Durchführung der Arbeit.

Mein Dank gilt weiter allen, die mir auf
dem Weg zur Fertigstellung der vorliegenden
Arbeit geholfen und beraten haben.

Meinen Eltern danke ich für die finanzielle
Unterstützung.

Ganz besonders danke ich Petra für die Hilfe
und liebevolle Ermunterung diese Arbeit
abzuschließen.

Lebenslauf

Am 30.06.1951 wurde ich in Marktoberdorf als Sohn des Arztes Dr. med. Alfred Nowak und seiner Ehefrau Elisabeth geboren.

Nach Volks-und Gymnasialschulabschluß (Reifeprüfung 1973) begann ich im Wintersemester 1973/74 an der Ludwig-Maximilians-Universität in München das Studium der Humanmedizin.
1981 erhielt ich die ärztliche Approbation.

Im freien Fach des Praktischen Jahres war ich in der Psychiatrischen Universitätsklinik München tätig.

Seit 1978 arbeite ich als Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Selbstmordverhütung, seit 1983 in der Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung suizidalen Verhaltens.

Ab 1981 Assistenzarzt im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren.

Ab 1984 Assistenzarzt im Kreiskrankenhaus Obergünzburg.

